EJE:
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

ACTIVIDAD 1.2

(Microterritorio Rural)

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

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

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

Población intervenida:
Estudiantes de los grados primero, segundo y tercero de primaria de una institución educativa, con un mínimo de 15 estudiantes por grupo.

ITEM	FECHA	LUGAR (BARRIO, VEREDA O SITIO)	NUMERO DE PERSONAS	GENERO		RANGO DE EDAD					
				F	M	0 - 5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60
1	09-05-2025	Centro Ed. Coroza Abajo	22	10	12	0	22	0	0	0	0
2	23-05-2025	Centro Ed. Coroza Abajo	22	10	12	0	22	0	0	0	0
3	06-06-2025	Centro Ed. Coroza Abajo	22	10	12	0	22	0	0	0	0
TOTAL			22	10	12	0	22	0	0	0	0

Desarrollo de la actividad:
Se realizó programación de 3 talleres en educación de salud oral en la institución educativa Centro Educativo Coroza Abajo.

Durante los talleres se realizó las siguientes actividades:

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

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

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

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

TALLER No. 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Talleres escolares de promoción y prevención en salud oral para estudiantes de básica primaria
LUGAR	Centro Ed. Coroza Abajo
FECHA	09-05-2025
POBLACION INTERVENIDA	Estudiantes de Primaria de la I.E. Coroza Abajo







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

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 08 del mes Mayo. del año 2025 se reunieron Bibiana K. Burgos R. representante de la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro y Vilma Callejas Alvarez. representante de Centro Ed. Coroza Abajo de la zona Rural. del municipio de San Carlos. con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-009-2025 celebrado entre la ESE Hospital San Francisco y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad Propuesta	Eje/ Dimensión	Fecha Propuesta	Necesidad de Apoyo Logístico	Necesidad de Talento Humano	Observaciones
Talleres escolares de educación en salud oral en instituciones educativas con intervalos de 15 días sobre, sensibilizacion sobre enseñanza de tecnicas del cepillado uso de cepa dental, alimentacion saludable, elementos de higiene oral, Controles para odontologia.	Atencion Primaria en Salud.	09-23 Mayo 06 Junio 2025	Cepillo Tapa boca - Crepso Bucales - Cartas Rebeldes de floss bacteriano - Batas desechables - Exploradores. - Gasas Grande.	Odontologo.	—

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

Nombre:	Bibiana K. Burgos	Nombre:	Vilma Callejas Alvarez
Cedula de ciudadanía:	50.953.728.	Cedula de ciudadanía:	50894852.
Entidad:	ESE Hosp San Fco.	Entidad:	Cent Ed. Coroza Abajo
Numero de contacto	314 862 1115.	Numero de contacto	321 509 6546.
Firma:		Firma:	

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

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Centro Edu. Coroza Abajo.	Hora de Inicio: 8:00 am
Fecha 06-Junio-2025	Hora de Finalización: 10:00 am.

Objetivo(s) de la Reunión

Planificar y coordinar la realización mensual de talleres de salud oral en las I.Educativas, enfocados en la técnica de cepillado, uso de seda dental, alimentación saludable, elementos de higiene oral y la importancia del control odontológico.

Desarrollo de la Reunión

Se presentó el objetivo de realizar talleres mensuales de salud oral en Instituciones Educativas. Se identificaron las principales necesidades de los estudiantes y se dispusieron los temas a tratar: técnicas de cepillado, uso de seda dental, alimentación saludable, elementos de higiene oral y controles odontológicos.

Se acordó un cronograma mensual, se propuso una metodología participativa, y se asignaron responsabilidades para la ejecución y seguimiento de talleres.

Conclusiones

Se acordó que se desarrollará un taller mensual con contenidos prácticos y participativos. Se dispusieron temas claves y responsables para su implementación en la Institución Educativa.

Recomendaciones

- Adaptar los talleres según la edad de los estudiantes.
- Incluir a docentes y padres para reforzar aprendizaje.
- Usar materiales didácticos y demostrativos.
- Hacer seguimiento a la participación y resultados de los talleres.

Responsables de la Actividad

- Odontólogo: Bibiana K Burgos R

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Vilma Callejas Alvarez., identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 50.894.834., en Representación del Centro Ed. Coroza Abajo, certifico que la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO, realizó Taller de Salud Oral.

_____, en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en San Carlos. a los 09 días del mes de Mayo del 2025.

FIRMA: Vilma Callejas A.

CEDULA DE CIUDADANÍA: 50.894834

CELULAR: 3215076546.

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

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: Capacitación / Asistencia técnica, Diálogo, Reunión	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
CRUC	Taller Salud oral	Taller	09.05.2025	8:00 AM	10:00 AM	Centro. Cd. Coraza Abajo.

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
María Celeste Guzmán	N/A	N/A	SnCarlos	RC	1071358220	Pri	7	F	M	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	10 maría
Tiffany Morales Benítez	N/A	N/A	SnCarlos	RC	1071358685	Pri	7	F	M	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	Tf FFQ/F
Eliana Vertel Pérez	N/A	N/A	SnCarlos	RC	1071358355	Pri	7	F	M	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	4 Eliana
Duber Cabarcas Romero	N/A	N/A	SnCarlos	RC	1071358351	Pri	7	F	M	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	2 Dulm
Breiner Cossembia O.	N/A	N/A	SnCarlos	TI	1071357891	Pri	8	M	M	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	Breiner
Damian Rivas C.	N/A	N/A	SnCarlos	RC	1071358445	Pri	6	M	M	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	13 Damian
Sebastian Flórez	N/A	N/A	SnCarlos	RC	1071358321	Pri	7	M	M	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	8 Sebastian
Roberto Gonzalez	N/A	N/A	SnCarlos	RC	1071358375	Pri	6	M	M	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	no firma
Jorge Alvarado Anaya	N/A	N/A	SnCarlos	RC	1071358465	Pri	6	M	M	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	5 Jorge
Isabella Nuño C.	N/A	N/A	SnCarlos	RC	1071358467	Pri	6	F	M	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	Isabella
Salomé Pereira P.	N/A	N/A	SnCarlos	RC	1071358433	Pri	6	F	M	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	Salome
Paula Arcia V.	N/A	N/A	SnCarlos	RC	1073830198	Pri	7	F	M	H		SPE	CR	no tiene	no tiene.	paula

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

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

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

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

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

(1)

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-PA-F6
CÓRDOBA	LISTADO DE ASISTENCIA DE TERCEROS	VERSIÓN: 01
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y PLANEACIÓN DEL SIG	FECHA: 12/08/2024
		PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO:	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	
CRUC.	Taller Salud mal(1)	Taller.	09.05.2025	8:00 AM	10:00 AM	Centro Ed. Coraza Abajo.

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Ignacio Orozco Gómez	N/A	N/A	San Carlos	CC	1071358044	Pri	7	M	H	H		SIN	CR	no tiene	no tiene	x Ignacio
Ena Maestre Ramos	N/A	N/A	San Carlos	TI	1007818910	Pri	7	F	M	H		SIN	CR	no tiene	no tiene	x Ena
Juliana Miranda	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071357729	Pri	8	F	M	H		SIN	CR	no tiene	no tiene	x yuliana
Ana Negrete Arroyo	N/A	N/A	San Carlos	TI	1146140518	Pri	8	F	M	H		SIN	CR	no tiene	no tiene	x Ana
Hernando Martinez P	N/A	N/A	San Carlos	TI	1233342291	Pri	9	M	H	H		SIN	CR	no tiene	no tiene	x Hernando
José Gómez Guerra	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071358010	Pri	8	M	H	H		SIN	CR	no tiene	no tiene	José
Gabriel Arroyo C	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071357734	Pri	9	M	H	H		SIN	CR	no tiene	no tiene	Gabriel
Andrés Mejía R	N/A	N/A	San Carlos	TI	1119406688	Pri	8	M	H	H		SIN	CR	no tiene	no tiene	Andres
Sebastian González P	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071358541	Pri	6	M	H	H		SIN	CR	no tiene	no tiene	Sebastián
Jesús Polo Cossmbia	N/A	N/A	San Carlos	TI	1065012856	Pri	8	M	H	H		SIN	CR	no tiene	no tiene	x JESUS

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

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

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

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

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

TALLER No. 2

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Talleres escolares de promoción y prevención en salud oral para estudiantes de básica primaria
LUGAR	Centro Ed. Coroza Abajo
FECHA	23-05-2025
POBLACIÓN INTERVENIDA	Estudiantes de Primaria de la I.E. Coroza Abajo









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

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Vilma Callejas Alvarez., identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 50.894.834, en Representación del Centro Ed. Coroza Mayo, certifico que la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO, realizó Taller de Salud Oral, en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

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

FIRMA: Vilma Callejas A.

CEDULA DE CIUDADANÍA: 50 894 834

CELULAR: 3215076546.

FORMATO

LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO

PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG

CÓDIGO: GMP-F-46
VERSIÓN: 01
FECHA: 19/02/2025
PÁGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA: Cruz | TEMA: Taller Salud oral (2) | TIPO DE EVENTO: Taller | FECHA: 23.05.2025 | HORA INICIO: 8:00Am | HORA FIN: 10:00am | Centro Cl. Coraza Abajo

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GÉNERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Breiner Casarrubia O.	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071357891	Pri	8	M	H	H		SP	CR	no tiene	no tiene	Breiner
Andres Mesia R.	N/A	N/A	San Carlos	TI	1119406688	Pri	8	M	H	H		SP	CR	no tiene	no tiene	Andres
Jose Gomez G.	N/A	N/A	San. Carlos	TI	1067135801	Pri	8	M	H	H		SP	CR	no tiene	no tiene	Jose
Eliana Uertal Perez	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358355	Pri	7	F	M	H		SP	CR	no tiene	no tiene	Eliana
Gabriel Ariza C.	N/A	N/A	San carlos	TI	1071357724	Pri	9	M	H	H		SP	CR	no tiene	no tiene	Gabriel
Ana maestre R.	N/A	N/A	San Carlos	TI	1067818910	Pri	7	F	M	H		SP	CR	no tiene	no tiene	Ana
ESTEFANI morales Bonilla	N/A	N/A	San. Carlos	RC	1071358086	Pri	7	F	M	H		SP	CR	no tiene	no tiene	TIFFIH
Dulce Calarcio Ramos	N/A	N/A	San carlos	RC	1071358351	Pri	7	F	M	H		SP	CR	no tiene	no tiene	DUIM
Paula Arcia V.	N/A	N/A	San Carlos	RC	1073830198	Pri	7	F	M	H		SP	CR	no tiene	no tiene	PAULA
Isabella Muño C.	N/A	N/A	San carlos	RC	1071358467	Pri	6	F	M	H		SP	CR	no tiene	no tiene	Isabella
Ignacio Orozco G.	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358044	Pri	7	M	H	H		SP	CR	no tiene	no tiene	Ignacio
Sebastian Gonzalez P.	N/A	N/A	San carlos	RC	1071358548	Pri	6	M	H	H		SP	CR	no tiene	no tiene	Sebsatian

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

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

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

Grupo étnico: N: Negro A: Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero IND: Indígena RAM: Población migrante ringlar ROM: Población migrante rom ROM: Rrom Ninguno: Sin pertenencia étnica

Otras condiciones: Sordoceg: Comunidad Rural; Com: Comunidad Urbana; VICA: Persona Víctima del Conflicto Armado; VICA: Persona Victima de Caso; PEP: Persona en ejercicio de la prostitución; PPL: Persona Privada de la Libertad; PEA: Población Excombatiente; GES: Mujeres Gestantes; CH: Madres o padres Cabeza de Hogar

	FORMATO	CODIGO: GMP-F4-F6
fptc	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
ALCALDÍA DE CÓRDOBA	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANEACIÓN DEL SIG	FECHA: 12/09/2024

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO:	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	
CRUE.	Taller Salud mental	Taller	23.05.2025	8:00AM	10:00AM	Centro. Cd. Corraza Abajo.

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GÉNERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Davian Rivas C.	N/A	N/A	San carlos	RC	1071358440	Pri	6	M	H	H		SP	CR	not tiene	no tiene	Davian
Jesus Polo Casarrubia	N/A	N/A	San carlos	TI	1065012896	Pri	8	M	H	H		SP	CR	no tiene	no tiene	Jesús
Roberto Gonzalez	N/A	N/A	San carlos	RC	1071358375	Pri	6	M	H	H		SP	CR	no tiene	no tiene	no firma
Salome Pereira P.	N/A	N/A	San carlos	RC	1071358433	Pri	6	F	M	H		SP	CR	no tiene	no tiene	salome
Maria celeste gozma	N/A	N/A	San carlos	RC	1071358220	Pri	7	M	M	H		SP	CR	no tiene	no tiene	maria
Yuliana miranda V.	N/A	N/A	San carlos	TI	1071357729	Pri	8	F	M	H		SP	CR	no tiene	no tiene	Yuliana
Hernanda martinez P	N/A	N/A	San Carlos	TI	1233422911	Pri	9	M	H	H		SP	CR	no tiene	no tiene	Hernando
Ana negrete Ariza	N/A	N/A	San carlos	TI	1146140518	Pri	8	F	M	H		SP	CR	no tiene	no tiene	Ana
Jorge Hurtado A.	N/A	N/A	San carlos	RC	1071358465	Pri	6	M	H	H		SP	CR	no tiene	no tiene	Jorge
Sebastian Elorez	N/A	N/A	San carlos	RC	1071358327	Pri	7	M	H	H		SP	CR	no tiene	no tiene	Sebastian

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

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

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

Grupo Étnico: IN: Negro AF: Afrodescendiente RI: Raizal PA: Palenquero IND: Indígena ENIGR: Población migrante irregular ENIGR: Población migrante regular ROM: Pueblo Rrom SPE: Sin pertinencia étnica

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

TALLER No. 3

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Talleres escolares de promoción y prevención en salud oral para estudiantes de básica primaria
LUGAR	Centro Ed. Coroza Abajo
FECHA	06-06-2025
POBLACIÓN INTERVENIDA	Estudiantes de Primaria de la I.E. Coroza Abajo









CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Vilma Callejas Suarez., identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 50.894.834, en Representación del Centro Cel. Coroza Abajo, certifico que la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO, realizó Taller de Salud Oral., en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en San Carlos a los 06 días del mes de Junio del 2025.

FIRMA: Vilma Callejas S.

CEDULA DE CIUDADANÍA: 50894834

CELULAR: 3215076546

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-F-150
CÓRDOBA	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	FECHA: 12/05/2021

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO:	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	
CRUE	Taller Salud mal	Taller	06-06-2025	8:00 am	10:00 am	Centro Ed. Coroza Abajo

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GÉNERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Davian Rivas C.	N/A	N/A	San carlos	RC	1071358445	Pri	6	m	H	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	Davian
Sebastián florez	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358321	Pri	7	m	H	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	Sebastián
Ignacio orozco G.	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358044	Pri	7	m	H	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	Ignacio
Jesus Polo Casarrubia	N/A	N/A	San Carlos	Ti	1065012856	Pri	8	m	H	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	JESÚS
Dulce Galarcio Barrera	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358351	Pri	7	f	m	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	DULM
Isabella nuño C.	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358467	Pri	6	f	m	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	Isabella
Gabriel Ariza C.	N/A	N/A	San carlos	Ti	1071357224	Pri	9	m	H	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	Gabriel
Maria Celeste Guzman	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358220	Pri	7	f	m	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	maria
Hernando martinez B	N/A	N/A	San carlos	Ti	1233342291	Pri	9	m	H	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	Hernando
Roberto Gonzalez	N/A	N/A	San carlos	RC	1071358375	Pri	6	m	H	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	NO FIRMA
Jorge Hurtado A.	N/A	N/A	San carlos	RC	1071358465	Pri	6	m	H	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	Jorge
Andres Mesa R	N/A	N/A	San carlos	Ti	1119406688	Pri	8	m	H	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	Andres

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

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

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

Grupo étnico: N: Negro A: Afrodescendiente R: Rrom I: Indígena PALENQUERO: Palenquero RAIZAL: Raizal MIGRANTE: Población migrante irregular PMGR: Población migrante regular ACOM: Pueblo Rrom SHS: Sin pertinencia étnica

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

	FORMATO	CÓDIGO: GIEF-M-10
tic CÓRDOBA	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	FECHA: 12/08/2024

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO:	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	
CROC	Taller Salud oral	Taller	06-06-2025	8:00 AM	10:00 AM	Centro Ed. Cerro Abajo

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GÉNERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Eliana Vertel Perez	N/A	N/A	San carlos	RC	1071358355	Pri	7	F	m	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	Eliana
Paula Arcia V.	N/A	N/A	San carlos	RC	1073830198	Pri	7	F	m	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	paola
Estefani morales B.	N/A	N/A	San carlos	RC	1071358088	Pri	7	F	m	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	TIFFA
Ana Negrete Ariza	N/A	N/A	San carlos	Ti	1146140518	Pri	8	F	m	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	Ana
Breiner Casarrubia	n/a	n/a	San carlos	Ti	1067135789	Pri	8	m	H	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	Breiner
Jose Gomez G.	n/a	n/a	San carlos	Ti	1071358010	Pri	8	m	H	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	Jose
Ena maestre R.	N/A	n/a	San carlos	Ti	1067818910	Pri	7	F	m	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	Ena
Yuliana miranda V.	n/a	n/a	San carlos	Ti	1071357729	Pri	8	F	m	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	Yuliana
Salome Pereira R.	n/a	n/a	San carlos	RC	1071358433	Pri	6	F	m	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	salome
Sebastian Gonzalez	n/a	n/a	San carlos	RC	1071358541	Pri	6	m	H	H		SPE	CR	no tiene	no tiene	Sebastian

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

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

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

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

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

EJE: Atención Primaria en Salud - APS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Talleres de Educación en Salud Oral

LUGAR: Cent. Ed. Loma Abajo.

PROFESIONAL QUE REALIZA LA ACTIVIDAD: Bibiana K Burgos L

PLANILLA DE SALUD ORAL

							TALLER # 1					TALLER # 2					TALLER # 3				
						Fecha:	09 Mayo - 2025					Fecha:	23 Mayo - 2025				Fecha:	06 Junio 2025			
							COP					COP					COP				
No.	Nombre Estudiante	Curso	Fecha nacimiento DD/MM/AAAA	Edad	# Documento Identidad		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	% placa Bacteriana	Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	% placa Bacteriana	Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	% placa Bacteriana
1	Isabella Nuño C.	2	20/11/18	6	1071358467		00	00	00	24	23%	00	00	00	24	27%	00	00	00	24	25%
2	Salomé Pereira Padilla	2	20/11/18	6	1071358433		00	00	00	24	38%	00	00	00	24	36%	00	00	00	24	38%
3	Paula Arcia Villegas	2	04/01/18	7	1073830198		03	01	02	18	45%	03	01	02	18	40%	04	01	02	17	43%
4	Ignacio Orozco Gómez	3	17/06/17	7	1071358044		05	00	00	19	37%	05	00	00	19	43%	06	00	00	18	48%
5	Ana Maite Ramos	3	16/08/16	7	1067818910		00	00	00	24	23%	00	00	00	24	25%	00	00	00	24	20%
6	Juliana Miranda Vertel	3	06/07/16	8	1071357729		00	00	00	24	35%	00	00	00	24	38%	00	00	00	24	25%
7	Ana Nugelle Ariza	3	10/05/17	8	1061140528		00	00	00	24	34%	00	00	00	24	43%	00	00	00	24	34%
8	Hernando Martínez Paz	3	12/03/15	9	1233342291		00	00	00	24	47%	00	00	00	24	37%	00	00	00	24	25%
9	José Gómez Guerra	3	03/06/17	8	1071358010		00	00	00	23	35%	00	00	00	23	28%	00	00	00	24	26%
10	Gabriel Ariza C.	3	31/05/16	9	1071357284		03	00	00	24	42%	03	00	00	24	47%	02	01	00	24	40%

Firma docente: Ariel ACavedo Firma docente: Ariel ACavedo Firma docente: Ariel ACavedo

EJE: Atención Primaria en Salud - APS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Talleres de Educación en Salud Oral

LUGAR: Centro Ed. Corozal Abajo.

PROFESIONAL QUE REALIZA LA ACTIVIDAD: Bibiana R Burgos R

PLANILLA DE SALUD ORAL

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

pic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

OMNIA SUNT OPERA DEI — GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

							TALLER # 1					TALLER # 2					TALLER # 3				
							Fecha: 02 Mayo-2025					Fecha: 16-05 Mayo-2025					Fecha: 30-Mayo-2025				
							COP					COP					COP				
No.	Nombre Estudiante	Curso	Fecha nacimiento DD/MM/AAAA	Edad	# Documento Identidad		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	% placa Bacteriana	Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	% placa Bacteriana	Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	% placa Bacteriana
1	Sebastian Gonzalez P	1	18/04/19	6	1071358541		00	00	00	20	53%	00	00	00	20	47%	00	00	00	20	43%
2	Jesús Polo Casarrubia	2	15/09/16	8	1065072856		00	00	00	24	47%	00	00	00	24	40%	00	00	00	24	49,8%
3	Tiffani Morales Benitez	2	20/09/17	7	1071658085		00	00	00	20	41%	00	00	00	20	35%	00	00	00	20	43%
4	Eliana Vertel Pérez	2	1/01/18	7	1071358355		00	00	00	24	58%	00	00	00	24	60%	00	00	00	24	62%
5	Dulce Balarezo Romero	1	06/08/18	7	1071358351		00	00	00	24	43%	00	00	00	24	48%	00	00	00	24	34%
6	Breiner Casarrubia	3	28/02/17	8	1071357891		08	02	00	14	45%	08	02	00	14	48%	07	03	00	14	48%
7	Davian Rivas C.	2	23/11/18	6	1071358445		00	00	00	22	17%	00	00	00	22	25%	00	00	00	22	33%
8	Sebastian Ibáñez Espitia	2	25/06/18	7	1071358321		00	00	00	24	38%	00	00	00	24	37%	00	00	00	24	35%
9	Roberto González Saenz	1	21/08/18	6	1071358375		04	01	00	20	32%	04	01	00	20	38%	04	01	00	20	39%
10	Jorge Arrieta A	2	14/01/19	6	1071358465		06	00	00	14	25%	06	00	00	14	27%	04	02	00	14	22%

Firma docente: Ariel Acevedo Firma docente: Ariel Acevedo Firma docente: Ariel Acevedo

EJE: Atención Primaria en Salud - APS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Talleres de Educación en Salud Oral

LUGAR: Centro. Cd. Corroza Abajo.

PROFESIONAL QUE REALIZA LA ACTIVIDAD: Bibiana K Burgos R

PLANILLA DE SALUD ORAL

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

pic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

OMNIA FACTA SUNT IESU CHRISTI GRATIA — GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

							TALLER # 1					TALLER # 2					TALLER # 3				
							Fecha: 02 Mayo -2025					Fecha: 16 Mayo -2025					Fecha: 30 Mayo -2025				
							COP				% placa	COP				% placa	COP				% placa
No.	Nombre Estudiante	Curso	Fecha nacimiento DD/MM/AAAA	Edad	# Documento Identidad		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	Bacteriana	Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	Bacteriana	Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	Bacteriana
1	Andrés Mejía R.	3	18/01/17	8	1119406688		00	00	00	24	25%	00	00	00	24	24%	00	00	00	24	17%
2	María Guzmán A.	2	05/02/18	7	1071358220		00	00	00	21	20%	00	00	00	22	18%	00	00	00	22	16%
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

Firma docente: Ariel Acevedo Firma docente: Ariel Acevedo Firma docente: Ariel Acevedo

ACTIVIDAD No. 1.5

(Microterritorio Urbano)

Proceso de formación a 20 adolescentes y jóvenes multiplicadores en asociación con organizaciones de base comunitaria donde participen estos grupos poblacionales (organizaciones de base comunitaria, plataforma municipal de juventudes, grupos artísticos u otras) que permita a los jóvenes la garantía y disfrute de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

- **Promoción de una sexualidad responsable.**
- **Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)**

El proceso consta de cinco talleres educativos con las siguientes temáticas por taller:

- **Estrategias para prevenir el embarazo en adolescentes**
- **Métodos modernos de planificación familiar y la forma de acceder a estos.**
- **Sensibilización sobre la prevención de la violencia de género y la violencia sexual, y las opciones de apoyo disponibles para los jóvenes en situaciones de vulnerabilidad e IVE. la actividad debe incluir espacios para la elaboración de preguntas anónimas por parte de los jóvenes.**

Este insumo será utilizado para la realización de talleres con padres de familia para que conozcan las inquietudes más comunes de los jóvenes en materia de salud sexual y salud reproductiva. Se debe entregar a los jóvenes beneficiados de la actividad, un certificado como multiplicadores en derechos sexuales y derechos reproductivos.

Nombre de la actividad:

Proceso de Formación de Adolescentes y Jóvenes Multiplicadores en Derechos Sexuales y Reproductivos

Objetivo:

Fortalecer la formación de 20 adolescentes y jóvenes como multiplicadores en derechos sexuales y reproductivos, promoviendo la sexualidad responsable y la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), para garantizar el disfrute y la protección de sus derechos sexuales y reproductivos. Además, sensibilizar a los padres sobre las inquietudes comunes de los jóvenes en esta temática, facilitando un espacio de diálogo y entendimiento.

Población intervenida:

- 20 adolescentes y jóvenes participantes, preferentemente vinculados a organizaciones de base comunitaria, plataformas municipales de juventudes, grupos artísticos, u otros colectivos juveniles.
- Padres de familia, quienes serán incluidos en talleres para mejorar su comprensión sobre las inquietudes de los jóvenes en torno a la salud sexual y reproductiva.

ITEM	FECHA	LUGAR (BARRIO, VEREDA O SITIO)	NUMERO DE PERSONAS	GENERO		RANGO DE EDAD					
				F	M	0 - 5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60
1	05-08-2025	I.E. Nuestra señora del Perpetuo Socorro	23	8	15	0	0	20	3	0	0
TOTAL			**23**	**8**	**15**	**0**	**0**	**20**	**3**	**0**	**0**

Desarrollo de la actividad:

- **Selección de participantes:** Se seleccionaron 20 adolescentes y jóvenes provenientes de organizaciones de base comunitaria, plataformas municipales de juventudes, grupos artísticos u otras agrupaciones juveniles locales.

- **Planificación y desarrollo de los talleres:** Se estructuraron cinco talleres educativos que abordarán las siguientes temáticas:

- **Taller 1: Estrategias para prevenir el embarazo en adolescentes**
  Se discutió sobre la importancia de la planificación, las consecuencias del embarazo adolescente y las herramientas disponibles para prevenirlo

- **Taller 2: Métodos modernos de planificación familiar y acceso a estos métodos**
  En este taller se brindó información sobre métodos anticonceptivos modernos, cómo acceder a ellos y su efectividad en la prevención de embarazos no deseados

- **Taller 3: Sensibilización sobre la prevención de la violencia de género y violencia sexual**
  Se dialogó sobre qué es la violencia de género, cómo prevenirla, y qué hacer si se es víctima. También

  se abordaron las opciones de apoyo disponibles para los jóvenes en situaciones de vulnerabilidad, incluida la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en los marcos legales correspondientes.

- **Taller 4: Espacio de preguntas anónimas**
  Los jóvenes tuvieron un espacio para formular preguntas anónimas sobre salud sexual y reproductiva, sus inquietudes, dudas o miedos. Estas preguntas serán recopiladas y servirán como insumo para el diseño de un taller dirigido a los padres de familia.

- **Taller 5: Taller con padres de familia**
  Con base en las preguntas anónimas recogidas de los jóvenes, se realizará un taller para padres de familia, en el que se promoverá el diálogo abierto sobre las inquietudes más comunes de los jóvenes y cómo los padres pueden apoyar el ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos de sus hijos.

- **Entrega de certificados:** Al finalizar el proceso formativo, los 20 adolescentes y jóvenes recibirán un **certificado como multiplicadores en derechos sexuales y reproductivos**, lo que les permitirá seguir promoviendo estos derechos dentro de sus comunidades.

Requerimientos:

- Rotafolio, en papel propalcote 200 grs, 10 hojas, full color, tamaño CARTA, impreso a dos caras, soporte en trípode en cartón maule, argollado doble.
- Alquiler video beam 2500 lumens (por dia) Según lista de precios de referencia vigencia 2025 - DAC .
- Certificados personalizados full color tamaño 28 x 22 centímetros elaborado en papel opalina 200 gramos

Conclusión:

El proceso de formación de 20 adolescentes y jóvenes como multiplicadores en derechos sexuales y reproductivos contribuye al fortalecimiento de sus conocimientos y habilidades para promover una sexualidad responsable en su comunidad. La sensibilización sobre la prevención de ITS y violencia de género, así como el empoderamiento de los jóvenes en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, representa una herramienta clave para reducir las tasas de embarazo adolescente y proteger su bienestar integral. Además, la inclusión de los padres en este proceso formativo promueve un entorno familiar de apoyo y comprensión, facilitando el diálogo y el acompañamiento en estos temas tan sensibles.

TALLER No. 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Proceso de Formación de Adolescentes y Jóvenes Multiplicadores en Derechos Sexuales y Reproductivos
TALLER 1	Promoción de una sexualidad Responsable
LUGAR	I.E. Nuestra señora del Perpetuo Socorro
FECHA	05-08-2025
POBLACION INTERVENIDA	Adolescentes, Jóvenes y Padres de familia








SEXUALIDAD Y REPRODU

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

1.5

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 01 del mes Agosto del año 2025 se reunieron Tatiana Lastre - Minelly Balentine representante de la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro y Alonso Arteaga representante de I.E. Nuestra Señora del Perpetuo Socorro de la zona Urbana del municipio de San Carlos con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-009-2025 celebrado entre la ESE Hospital San Francisco y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad Propuesta	Eje/ Dimensión	Fecha Propuesta	Necesidad de Apoyo Logístico	Necesidad de Talento Humano	Observaciones
Brindar talleres educativos a los Jovenes sobre los derechos sexuales y reproductivos, promocion de una sexualidad Responsable, Prevencion de las ITS, estrategias para Prevenir el embarazo en adolescentes, Metodos de Planificacion flia y la Forma de acceder a estos, Prevencion de la violencia de genero y Violencia Sexual	Atencion Primaria en Salud.	05 Agosto 2025	Rotafolio Video Beam certificados.	Enfermera auxiliar de enfermeria Medico	

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

Nombre:	TATIANA LASTRE	Nombre:	ALONSO ARTEAGA C.
Cedula de ciudadanía:	1103096788	Cedula de ciudadanía:	78.025.858
Entidad:	ESE. Hosp. San Fco.	Entidad:	I.E. Ntra Sra del Perpetuo Socorro
Numero de contacto	3058322339	Numero de contacto	3168706251
Firma:	Tatiana Lastre	Firma:	Alonso Arteaga C.

Minelly Balentine
Tel: 3232307261

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

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: I.E. Nuestra Señora del Perpetuo Socorro	Hora de Inicio: 7:00 AM
Fecha 05-Agosto. 2025	Hora de Finalización: 9:00 AM

Objetivo(s) de la Reunión

Brindar información clara, actualizada sobre los derechos sexuales y reproductivos, promoviendo una sexualidad responsable, la prevención de embarazos en adolescentes, las infecciones de Transmision Sexual (ITS) y prevencion de la violencia de genero.

Desarrollo de la Reunión

los Talleres se desarrollaron en un formato participativo, con lenguaje claros, ejemplos cotidianos, espacios para preguntas y dinámicas reflexivas, se promovio un ambiente de confianza y respeto para el dialogo, se abordaron temas como son los derechos sexuales y reproductivos, sexualidad responsable, prevencion de ITS, prevencion de embarazos en adolescentes, Metodos de planificación familiar, prevención de la violencia de genero. Se observo alta participacion de los jovenes, a traves de preguntas anónimas de los jovenes, se resolvieron muchas dudas relacionadas en su mayoría con los metodos anticonceptivos y relaciones afectivas, se brindo información de como pueden acceder a los servicios de salud Sexual y reproductiva. se brindo Refrigerios, y se entregaron certificados por la asistencia a la jornada. Se uso la Herramienta de videobeam para la explicación de los temas expuestos.

Conclusiones

las charlas permitieron generar Conciencia en los jovenes sobre sus derechos y responsabilidades en torno a la sexualidad.

Recomendaciones

se sugiere coordinar con los servicios de salud para facilitar el acceso a los anticonceptivos y orientacion personalizada.

Se sugiere el uso de folletos informativos.

Responsables de la Actividad

Katiuska Fontte
1103096787

3233307261

Alvaro Arteaga C.
CC # 78.025.858
Cel: 3168706255

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Alonso Arteaga, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 78.025.858, en Representación del I.E. Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, certifico que la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO, realizó TALLERES EDUCATIVOS SOBRE PROMOCION DE UNA SEXO ALUDAD RESPONSABLE PREVENCION DE ITS-ESTRATEGIAS PARA PREVENIR EMBARAZO EN ADOLESCENTES METODOS MODERNOS DE PLANIFICACION FAMILIAR. VIOLENCIA DE GENERO Y Sexual, en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

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

FIRMA: Alonso Arteaga C.

CEDULA DE CIUDADANÍA: 78.025.858

CELULAR: 3168706255

SECRETARÍA / DEPENDENCIA	TEMA	TIPO DE EVENTO	FECHA	HORA INICIO	HORA FIN	LUGAR
CRUE	Promocion de una sexualidad responsable	Taller.	03.08.2025	7:00 AM	9:00 AM	I.E. Nuestra Señora del P. Socorro

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	PERTENENCIA ÉTNICA	GRADO	CONSENTIMIENTO PARA DISCAPACIDAD	CIUDADANÍA	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Pedro Luis Gomez	N/A	N/A	San Carlos	TI	1138038877		17	M	H	4	No			3737197716	No Tiene	Pedro Gomez
Jesica Bueluas	N/A	N/A	San Carlos	T.I	1071355670		16	F	M	4	No			3117314707	No Tiene	Jesica Bueluas
Karen Giraldo	N/A	N/A	San Carlos	Ti	1064995019		16	F	M	4	No			3008478119	No Tiene	
Rosa Maria Gomez P	N/A	N/A	San Carlos	TI	1064993357		16	F	M	4	No			3203035157	No Tiene	Rosa Maria Gomez P.
Santiago Benavides	N/A	N/A	San Carlo	Ti	1071353920		16	M	H	H	No			3135297994	No Tiene	
Mateo David Avilez Pedro	N/A	N/A	San Carlo	TI	1062137974		16	M	H	H	No			3001868883	No Tiene	Mateo David Avilez Pedro
Walter David Campo Vega	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071352962		17	M	H	H	No			3212458878	No Tiene	Walter Campo
Jose David Gaviria	N/A	N/A	San Carlos	T.I	1062341160		16	M	H	H	No			3215457271	No Tiene	
José Armando Pretelt	N/A	N/A	San Carlos	Ti	1071353358		16	M	H	H	No			3205342211	No Tiene	José Armando
Juan Diego Ruiz	N/A	N/A	San Carlos	CC	1064989494		18	M	H	H	No			3009468508	No Tiene	Juan Diego
Juliana Saenz	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071353325		16	F	M	H	No			3113773422	No Tiene	Juliana
Julian Blanco	N/A	N/A	San Carlo	T.I	1071352751		17	M	H	H	No			3009745265	No Tiene	

Nivel de escolaridad: Ninguno; Preescolar; Básica primaria; Básica secundaria; Media; Técnico o Tecnológico; Profesional; Maestría; Doctorado; Postdoctorado; Maestro o Saberes

Sexo: Masculino; Femenino; Intersexual

Género: Hombre; Mujer; Trans; Gay; Lesbiana; Bisexual; Queer; Transexual; Otro

Tipo de documento: Cédula; Tarjeta de identidad; Cédula de extranjería

Discapacidad: Auditiva; Física; Intelectual; Visual; Sordoceguera; Psicosocial; Múltiple

Grupo étnico: Negro; Afrodescendiente; Raizal; Palenquero; Rom; Indígena; Ninguna; Población migrante irregular; Desmovilización migrante regular; Retornado; Reem; Sin pertenencia étnica

Otras condiciones: Comunidad Rural; Comunidad Urbana; Víctima; Persona Víctima del Conflicto Armado; Firmante de Acuerdo de Paz; Persona en ejercicio de la prostitución; Persona Privada de la Libertad; Población Excombatiente; Mujeres Gestantes; Padres o madres Cabeza de Hogar

	LISTADO DE ASISTENCIA ENTIDAD	VERSIÓN: 01
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA INFANCIA, DE FAMILIA Y PLANEACIÓN DEL SIS	FECHA: 12/08/2024
		PÁGINA 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA	NOMBRE DEL EVENTO	TIPO DE EVENTO	FECHA	HORA INICIO	HORA FIN	LUGAR
CRUE	Promosion de una Sexualidad Responsable	Taller	05.08.2025	7:00 AM	9:00 AM	I.E. Nuestra Señora del P. Socorro

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	TABLA DE LATERALIDAD	EDAD	SEXO	GÉNERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Luis Emilio Loza	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071353638	11	16	M	H	H	No			3205153832	(e.loza20.g11036@gmail	Luis
María Angel Padilla	N/A	N/A	San Carlos	T.I	1064996357	11	15	F	M	H	No			3002027882	Mariaangelpadilla 02@gmail.com	María Angel padilla.
Elicos Jose Gomez	N/A	N/A	San Carlos	cc	1069109515	11	18	M	H	H	No			No Tiene	No Tiene	Elicos Jose Gomez
Camilo Argumedo Arguello	N/A	N/A	San Carlos	CC	1.071.352165		18	M	H	H	No			3235847029	No Tiene	Camilo Argumedo
Marlon Felix Bruno	N/A	N/A	San Carlos	TI			16	M	H	H	No			3147209249	No Tiene	
Rosa Angello	N/A	N/A	San Carlos	TI	1.071352463	11	17	F	M	H	No			3188210164	No Tiene	Rosa Angello
Yohanelis Gonzalez	N/A	N/A	San Carlos	T.I	1.071353157	11	17	F	M	H	No			3011486464	No Tiene	Yohanelis Gonzalez
Ana María Jimenez	N/A	N/A	San Carlos	T.I	1071353396	11	16	F	M	H	No			3233704805	No Tiene	Ana María J
Kevin Gonzalez	N/A	N/A	San Carlos	T.I	1071354962	11	15	M	H	H	No			No Tiene	No Tiene	Kevi
Javier Delgado	N/A	N/A	San Carlos	TI		11	16	M	H	H	No			No Tiene	No Tiene	Javier Delgado
Luis Santiago	N/A	N/A	San Carlos	T.I		11	16	M	H	H	No			3176134000	No Tiene	Luis Ramos
	N/A	N/A	San Carlos								No				No Tiene	

Nivel de escolaridad: Sin: Sin nivel de escolaridad PRI: Primaria SEC: Secundaria UNIV: Universitario TyT: Técnico o Tecnológico PROF: Profesional POS: Posgrado DOC: Doctorado Maes: Posdoctorado MAES: Maestro o Sabedor

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

Tipo de documento: CC: Cédula TI: Tarjeta de Identidad CE: Cédula de extranjería
Condición de discapacidad: Audit: Auditiva Fis: Física INT: Intelectual Vis: Visual Sord: Sordoceguera Psi: Psicosocial Mult: Múltiple

Grupos Étnicos: N: Negro Af: Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero Ind: Indígena Rrom: Población migrante/ regular Ning: Ninguno Pueblo Rrom: Se pertenece étnica

Otras condiciones Sociales: Cir: Comunidad Rural Cu: Comunidad Urbana; VMA: Persona Víctima del Conflicto Armado; TRANS: Persona Habitante de Calle; PPL: Persona en ejercicio de la Prostitución; PPL: Persona Privada de la Libertad; PMA: Población Excombatientes; MG: Mujeres Gestantes; CH: Madres o padres Cabeza de Hogar

ACTIVIDAD No. 1.6

(Microterritorio Urbano)

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

Nombre de la actividad:

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

Objetivo:

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

Población intervenida:

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

ITEM	FECHA	LUGAR (BARRIO, VEREDA O SITIO)	NUMERO DE PERSONAS	GENERO		RANGO DE EDAD					
				F	M	0 - 5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60
1	14-05-2025	I.E. Perpetuo Socorro Sede Colosiná	24	19	5	0	19	5	0	0	0
2	22-05-2025	I.E. Perpetuo Socorro Sede Colosiná	21	8	13	0	21	0	0	0	0
3	30-05-2025	I.E. Perpetuo Socorro Sede Colosiná	21	8	13	0	21	0	0	0	0
TOTAL			66	35	31	0	61	5	0	0	0

Desarrollo de la actividad:

- **Preparación pedagógica:** Se diseñaron actividades y materiales lúdico-educativos acordes con el nivel de desarrollo de los niños y niñas. Se utilizará un enfoque de derechos, protección y respeto a la diversidad.
- **Implementación del taller en sesiones estructuradas por temas:**
- **Sesión 1: Conociendo mi cuerpo**, iniciamos con actividades para identificar las partes del cuerpo, diferencias entre los sexos y el respeto por la diversidad corporal. Se utilizan ilustraciones anatómicas simples y lenguaje apropiado para la edad.
- **Sesión 2: Órganos genitales y sus funciones**, se explicó de forma clara y sencilla los órganos genitales femeninos y masculinos, sus nombres reales y funciones. Se trabaja el reconocimiento corporal como parte del desarrollo personal y el respeto por sí mismos y por los demás.
- **Sesión 3: Mi cuerpo merece respeto**, se enseñó a los niños y niñas a identificar límites, decir **"NO"** cuando algo les incomoda, reconocer toques seguros e inseguros, y diferenciar entre secretos buenos y malos.
- **Sesión 4: Autocuidado y prevención de violencias**, en esta sesión se promovió el autocuidado, el reconocimiento de situaciones de riesgo, y se orienta sobre cómo actuar ante casos de violencia sexual o de género, identificando a adultos de confianza.

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

Requerimientos:

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

Conclusión:

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

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

TALLER No. 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Taller de Educación en Salud Sexual y Reproductiva para Niños y Niñas de Educación Primaria
LUGAR	I.E. Perpetuo Socorro Sede Colosiná
FECHA *	14-05-2025
0POBLACION INTERVENIDA	Estudiantes degrado 3°, 4° y 5° de primaria.









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

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Arnoldy Segura, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 26158716, - en Representación del I.E perpetuo socorro sede colonia, certifico que la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO, realizó Taller de educación sexual y salud reproductiva dirigido a niños y niñas del grado 3- 4to - 5to de primaria, en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en San carlos a los 14 días del mes de 05 del 2025.

FIRMA: Arnoldy Segura

CEDULA DE CIUDADANÍA: 26158716

CELULAR: 3017556918

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

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 12 del mes 05 del año 2025 se reunieron Tatiana Lastre Jaraba en Mirella representante de la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro y Arnicelys Tejeda representante de I E Rafael Escorcia Sede Calabria de la zona Urbana del municipio de San Carlos con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-009-2025 celebrado entre la ESE Hospital San Francisco y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad Propuesta	Eje/ Dimensión	Fecha Propuesta	Necesidad de Apoyo Logístico	Necesidad de Talento Humano	Observaciones
se brindara taller de educacion sexual y salud reproductiva dirigido a niños de primaria en la institucion educativa donde se brindaran estrategias para identificar las diferencias de sexo, anatomia de los organos genitales y sus funciones, actitudes positivas frente al cuerpo y la genitalidad; promover el autocuidado de la salud y prevenir violencia sexual y de genero	Atencion primaria en salud	14/05/25	ROTAFOLIO Video beam	enfermera auxiliar de enfermeria medico	se obtara el uso del video beam para ampliar explicacion de los temas

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

Nombre:	Tatiana Lastre	Nombre:	Arnicelys Tejeda
Cedula de ciudadanía:	1103066187	Cedula de ciudadanía:	36 154 706
Entidad:	Ese San Francisco	Entidad:	I E Rafael Escorcia Sede
Numero de contacto	3058322330	Numero de contacto	301 755 6918
Firma:	Tatiana Lastre	Firma:	Arnicelys Tejeda

Mirella Baleta
Tel 3232307261

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

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: I.E Perpetuo Socorro Sede clasma	Hora de Inicio: 8:00 Am
Fecha 14/05/2025	Hora de Finalización: 10:00am

Objetivo(s) de la Reunión

Brindar a los niños y niñas, información adecuada y respetuosa sobre salud sexual y reproductiva con el fin de que puedan identificar las diferencias de sexo, conocer anatomía y funciones básicas de los organos genitales, fomentar una actitud positiva hacia el cuerpo y la genitalidad, Prevenir Violencias de genero y sexual.

Desarrollo de la Reunión

los talleres se socializaron de manera didactica, con ayuda de imagenes en video Beam. para mayor entendimiento, se abarcaron temas del Rotafolio: cuales la Salud Sexual y reproductiva, diferencias entre niños y niñas, conocimiento básico de los organos genitales, el respeto hacia nuestro cuerpo, autocuidado diario, Naturalizar el cuerpo y hablar sin miedo. Prevención de la Violencia de genero y Violencia sexual, promoción y respeto y la igualdad, contamos con la participación activa de los niños, se respondieron preguntas, se dieron ejemplos cotidianos para apoyar aun mas la explicación se brindo refrigerios

Conclusiones

la charla fue una Herramienta educativa fundamental para fortalecer el desarrollo emocional, fisico y social de los niños; Al Promover la confianza, el autocuidado y el respeto, se contribuye a la formacion de una infancia mas segura, informada y protegida.

Recomendaciones ~~frente a Situaciones de Riesgo~~.

Se sugiere contar con un Rotafolio mas grande, Para favorecer mejor Visualizacion de las imagenes.
Nota: se optó por usar Videobeam para ejemplificar Por medio de imagenes.

Responsables de la Actividad

Tatiana Castro
1103096704.

Mirieby Balentier
Tel: 3232307261

FORMATO

LISTADO DE ASISTENCIA

PROCESO DE GESTIÓN DE LA ENERGÍA, SOSTENIBILIDAD Y EQUIPAMIENTOS SOCIALES

CÓDIGO: GPE-FR-01

VERSIÓN: 01

FECHA: 12/08/2021

PÁGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA	TEMA	PROPÓSITO	FECHA	HORA	DURACIÓN	LUGAR
CRUE	Taller de Gel. Sexual	Charla	14/05/25	8:00am	10:00am	Sg Perfecto Ecuno del chin.

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	BARRIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GÉNERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Luis santiago Herrera	N/A	N/A	Sancarlos	TI	1071357050	5B	11	M	H	H	No	Sp	Ot	No	No tiene	Luis santiago Herrera Arcorro
Isabella perro soto	N/A	N/A	Sancarlos	TI	1071356472	5A	12	F	M	H	No	Sp	Ot	No	No tiene	Isabella perro Soto
Maria salomé Cavadia	N/A	N/A	Sancarlos	TI	1.071.357.272	5B	10	F	M	H	No	Sp	Ot	No	No tiene	Maria salomé Cavadia Giraldo
KAty sofia Ramos	N/A	N/A	Sancarlos	TI	1071357158	5B	10	F	M	H	No	Sp	Ot	No	No tiene	KAty sofia Ramos
Josue Gomez Esquivel	N/A	N/A	Sancarlos	TI	1071356981	5B	10	M	H	H	No	Sp	Ot	No	No tiene	Josue Gomez Esquivel
Angel David Sanchez	N/A	N/A	Sancarlos	TI	1138098235	5B	12	M	H	A	No	Sp	Ot	No	No tiene	Angel David Sanchez
Jeronimo sanchez	N/A	N/A	Sancarlos	TI	1.071.356.982	5B	11	M	H	H	No	Sp	Ot	No	No tiene	Jeronimo Sanchez
Tomas David	N/A	N/A	Sancarlos	TI	1.075467985	5A	10	M	H	H	No	Sp	Ot	No	No tiene	Tomas David
Sara Montes	N/A	N/A	Sancarlos	TI	1149226480	5	9	F	M	H	No	Sp	Ot	No	No tiene	Sara Montes
elena sofia velez	N/A	N/A	Sancarlos	TI	1.071.357.081	5	10	F	M	H	No	Sp	Ot	No	No tiene	elena sofia velez
Maria Isabel Ariza	N/A	N/A	Sancarlos	TI	1071356782	5	11	F	M	H	No	Sp	Ot	No	No tiene	Maria Isabel Ariza
Rosa Maria Lopez Ricardo	N/A	N/A	Sancarlos	TI	1062533764	5	10	F	M	H	No	Sp	Ot	No	No tiene	Rosa Maria Lopez Ricardo

Nivel de escolaridad: 5: Ninguno 5A: Primaria 5B: Secundaria 5C: Media 5D: Técnico o Tecnológico 5E: Básica Profesional 5F: Maestría 5G: Doctorado 5H: Posdoctorado 5I: Analfabeta o Sabedor

Sexo: M: Masculino F: Femenino I: Intersexual

Género: H: Hombre M: Mujer T: Trans

Orientación sexual: H: Heterosexual L: Lesbiana G: Gay B: Bisexual T: Transgénero O: Otro T: Transexual O: Otro A: Asexual

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

Condición de discapacidad: AUD: Auditiva FIS: Física INT: Intelectual VIS: Visual SOR: Sordoceguera PSI: Psicosocial MUL: Múltiple

Grupo étnico: N: Negro o Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero IND: Indígena ROM: Población migrante ROM/Gitana I: Población migrante migrante ROM: Pueblo Rom S: Sin pertenencia étnica

Otras condiciones: CU: Comunidad Rural; DC: Comunidad LGBTIQA+; VMA: Persona Víctima del Conflicto Armado; PPL: Persona Privada de la Libertad; PEX: Persona en ejercicio de la prostitución; PPL: Persona Privada de la Libertad; PEX: Población Excombatiente; MM: Mujeres Gestantes; PM: Mujeres o padres Cabeza de Hogar

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-P4-F8
pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud · Gobernación de Córdoba	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	FECHA : 12/08/2024
		PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: Capacitación / Asistencia técnica / Otro / Reunión	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
Cpve	Taller de Ed. Sexual.	Charla	14.05.2025	8:00 AM	10:00AM	I.E. Perfecto Sacerdote de Colosmo.

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Judith Esquivel	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071357923	Pri	11	F	M	H	No	No	No	No	No Tiene	Judith.
Sara Soto	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071358084	Pri	10	F	M	H	No	No	No	No	No Tiene	Sara.
cherasadi Martinez	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071357640	Pri	11	F	M	H	No	No	No	No	No Tiene	Cherasadi
Sury Polo	N/A	N/A	San Carlos	TI	1065012850	Pri	10	F	M	H	No	No	No	No	No Tiene	Sury
Francys Mendoza	N/A	N/A	San Carlos	TI	1028408005	Pri	12	F	M	A	No	No	No	No	No Tiene	Fracys
Valery Mendoza	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071357960	Pri	11	F	M	H	No	No	No	No	No Tiene	Valery
Celeste Elvas	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071357866	Pri	12	F	M	H	No	No	No	No	No Tiene	Celeste
Valentina Perez	N/A	N/A	San Carlos	TI	1068586273	Pri	10	F	M	H	No	No	No	No	No Tiene	Valentina
Guadalupe Barrios	N/A	N/A	San Carlos	TI	1062609898	Pri	11	F	M	H	No	No	No	No	No Tiene	Guadalupe
Mariluaa Hernandez.	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071358188	Pri	12	F	M	H	No	No	No	No	No Tiene	Maria
adriana Ariza.	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071357814	Pri	10	F	M	H	No	No	No	No	No Tiene	Adriana mar Ariza Perez
Yorgi Villegas	N/A	N/A	San Carlos	TI	1062610836	Pri	11	F	M	H	No	No	No	No	No Tiene	Yoardy villegas Mestra

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

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

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

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

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

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

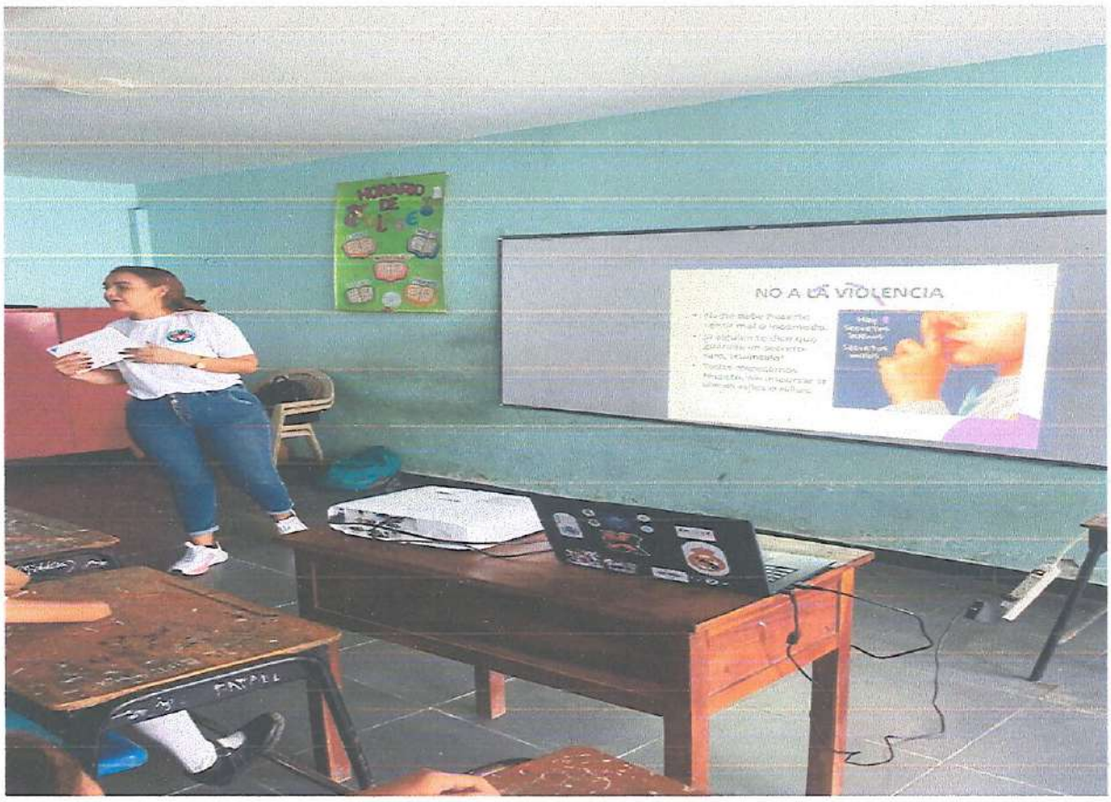
TALLER No. 2

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Taller de Educación en Salud Sexual y Reproductiva para Niños y Niñas de Educación Primaria
LUGAR	I.E. Perpetuo Socorro Sede Colosiná
FECHA *	22-05-2025
0POBLACION INTERVENIDA	Estudiantes degrado 3°, 4° y 5° de primaria.








NO A LA VIOLENCIA

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Arsaelys Reyes, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 26158716, en Representación del 3 e Pequeño Sueño Sede colegio, certifico que la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO, realizó Taller educativo sobre Salud Sexual Reproductiva dirigido a niños y niñas del grado 3 - 4 - 5to de primaria, en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en San Carlos a los 22 días del mes de 05 del 2025.

FIRMA: Arsaelys Reyes

CEDULA DE CIUDADANÍA: 26158716

CELULAR: 3017555918

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

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 20 del mes Mayo. del año 2025 se reunieron Tatiana Tastre - Municipal Valentina representante de la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro y Arcelys Segura. representante de IE Perpetuo Socorro Sede Principal de la zona Urbana del municipio de San Carlos con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-009-2025 celebrado entre la ESE Hospital San Francisco y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad Propuesta	Eje/ Dimensión	Fecha Propuesta	Necesidad de Apoyo Logístico	Necesidad de Talento Humano	Observaciones
Brindar taller de educacion sexual y Reproductiva dirigido a niños de Primaria 3-4-5to grado, donde se brinda estrategias para identificar las diferencias de sexo, anatomia de los organos genitales y sus funciones actitudes positivas frente al cuerpo y la genitalidad promover el autocuidado de la Salud y prevenir Violencia Sexual y de Genero.	Atencion primaria en salud.	22/05/25	Dotafolio Video Beam	Enfermera auxiliar de enfermeria Medico	Se obtiene el uso de video Beam para ampliar los temas y para garantizar mayor aprendizaje a traves del uso de imagenes

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

Nombre:	Tatiana Tastre	Nombre:	Arcelys Segura
Cedula de ciudadanía:	1103096782	Cedula de ciudadanía:	26 158 716
Entidad:	Ese San Francisco	Entidad:	IE Perpetuo Socorro Sede
Numero de contacto	3058322330	Numero de contacto	301 755 6918
Firma:	Tatiana Tastre	Firma:	Arcelys Segura

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

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: I E Perpetuo Socorro Sede Colina	Hora de Inicio: 8:00 am
Fecha 22/05/2025	Hora de Finalización: 10:00 am

Objetivo(s) de la Reunión

Brindar a los niños y niñas información adecuada y respetuosa sobre la salud Sexual y reproductiva con el fin de que puedan identificar las diferencias de sexo, conocer anatomía y función básica de los órganos genitales, fomentar una actitud positiva hacia el cuerpo y la genitalidad, prevenir Violencia de genero y violencia Sexual

Desarrollo de la Reunión

las charlas Se realizaron mediante talleres, de manera dinamica y con la ayuda de imagenes a traves de videobeam, se contó con la participacion activa de los asistentes, se abordaron temas como que es la Salud sexual y reproductiva, diferencias entre niños y niñas, conocimiento basico de los organos genitales, el respeto hacia nuestro cuerpo, auto-cuidado diario, naturalizar el cuerpo y hablar sin miedo, prevencion de la Violencia de genero y Violencia Sexual, promoción del respeto y la igualdad.
se aclararon dudas, se expuso con ejemplos cotidianos y de manera clara acorde a su edad.
Se brindó refrigerios

Conclusiones

Se contó con la participacion activa de todos los niños, lo que logró fortalecer el desarrollo emocional, fisico y social de los niños, al promover la confianza, el autocuidado y el respeto por nuestro cuerpo. lo que contribuye a la formacion de una infancia segura, informada y protegida.

Recomendaciones

Se sugiere contar con un rotafolio mas grande para favorecer la visualizacion de las imagenes.

Nota: Se utilizo Videobeam para favorecer visualizacion de imagenes

Responsables de la Actividad

Estiven Sarta
1103096787

Mirella Valentina

	FORMATO	CÓDIGO: GIDF-FR-15
	LISTADO DE ASISTENCIA EN EVENTO	VERSIÓN: 01
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA INFANCIA, CONTENIDA Y PLANIFICACIÓN DEL UAC	FECHA: 12/08/2024
		PAGINA 1 DE 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO:	FECHA:	HORA INICIAL:	HORA FINAL:	NOMBRE EVENTO:
CLEE	Taller de Educación Sexual	charla	22/05/25	8:00 am	10:00 am	I.E. Popular Simón Bolívar

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GÉNERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Martin Elias M.	N/A	N/A	Sincelejo	TI	1071356279	PRI	9	M	H	H	NO	SIN	AV	NO	No tiene	Martin Elias M.
Marines Sivianca	N/A	N/A	Sincelejo	TI	1071356279	PRI	11	M	H	H	NO	SIN	AV	NO	No tiene	Marines Sivianca
Clara Urango	N/A	N/A	Sincelejo	TI	1071357160	PRI	11	F	H	H	NO	SIN	AV	NO	No tiene	Clara Urango
Antonio G. H.	N/A	N/A	Sincelejo	TI	1071357162	PRI	9	M	H	H	NO	SIN	AV	NO	No tiene	Antonio G. H.
Juan Jacobo R.	N/A	N/A	Sincelejo	TI	1071357389	PRI	10	M	H	H	NO	SIN	AV	NO	No tiene	Juan Jacobo R.
Angela Hernandez	N/A	N/A	Sincelejo	TI	1071356874	PRI	9	F	H	H	NO	SIN	AV	NO	No tiene	Angela Hernandez
Veronica Laza	N/A	N/A	Sincelejo	TI	1071357314	PRI	10	F	H	H	NO	SIN	AV	NO	No tiene	Veronica Laza
Mariangel Cuevas	N/A	N/A	Sincelejo	TI	1065010176	PRI	1	M	H	H	NO	SIN	AV	NO	No tiene	Mariangel Cuevas
Efren Arias	N/A	N/A	Sincelejo	TI	1071357176	PRI	10	F	H	H	NO	SIN	AV	NO	No tiene	Efren Arias
Thalia Cordero	N/A	N/A	Sincelejo	TI	1067966858	PRI	10	M	A	H	NO	SIN	AV	NO	No tiene	Thalia Cordero
Samuel Corro	N/A	N/A	Sincelejo	TI	1033039485	PRI	10	M	H	H	NO	SIN	AV	NO	No tiene	Samuel Corro
Isaias Diaz	N/A	N/A	Sincelejo	TI	1071358139	PRI	10	M	H	H	NO	SIN	AV	NO	No tiene	Isaias Diaz

Nivel de escolaridad: SIN: Sin nivel de escolaridad PRI: Primaria SEC: Secundaria MED: Media TYT: Tecnico o Tecnológico PRO: Profesional MAS: Maestría DOC: Doctorado POS: Posdoctorado NAS: Iletrado o Saberdor

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

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

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

Otras condiciones: CR: Comunidad Rural; CU: Comunidad Urbana; VICA: Persona Victima del Conflicto Armado; PRIJU: Persona Habitante de Calle; HAP: Persona en ejercicio de la prostitución; PPL: Persona Privada de la Libertad; POL: Población Excombatiente; MG: Mujeres Gestantes; CM: Madres o padres Cabeza de Hogar

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

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: Capacitación, Asistencia técnica, Diálogo, Reunión	FECHA:	HORA INICIO: 00:00 AM/PM	HORA FIN:	LUGAR:
Clue	Taller de Educación Sexual	Capacitación	22/08/25	8:00am	10:00am	I.E el Porvenir Sede Principal

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Dayana Ortiz	N/A	N/A	Sincelejo	TI	1028019340	pri	9	f	M	H	NO	SPE	CU	NO	N/A	Dayana O
Grabriela Osorio	N/A	N/A	Sincelejo	TI	1071357440	pri	10	f	M	H	NO	SPE	CU	NO	N/A	Osorio Gabriela.
Jennifer Avila	N/A	N/A	Sincelejo	TI	1071356472	pri	9	f	M	H	NO	SPE	CU	NO	N/A	Jennifer
Daniel Polo	N/A	N/A	Sincelejo	TI	1071356021	pri	9	M	H	H	NO	SPE	CU	NO	N/A	Daniel P.
Mariño Lora	N/A	N/A	Sincelejo	TI	1071357066	pri	9	M	H	H	NO	SPE	CU	NO	N/A	Mariño
ANGEL GONZALES	N/A	N/A	Sincelejo	TI	1071357858	pri	11	M	H	H	NO	SPE	CU	NO	N/A	ANGEL.
santiago Pestana	N/A	N/A	Sincelejo	TI	1062611229	pri	9	M	H	H	NO	SPE	CU	NO	N/A	santiago
Tamara reyes	N/A	N/A	Sincelejo	TI	1071357979	pri	10	f	M	H	NO	SPE	CU	NO	N/A	Tamara.
Alexander Plaza	N/A	N/A	Sincelejo	TI	1071357739	pri	9	M	H	H	NO	SPE	CU	NO	N/A	Plaza Alexander.

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

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

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

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

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

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

TALLER No. 3

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Taller de Educación en Salud Sexual y Reproductiva para Niños y Niñas de Educación Primaria
LUGAR	I.E. Perpetuo Socorro Sede Colosiná
FECHA	30-05-2025
0POBLACION INTERVENIDA	Estudiantes degrado 3°, 4° y 5° de primaria.








MENDOZA

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Araely Segura, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 26158716, en Representación del IE Pedro Sosa del Castillo, certifico que la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO, realizó Taller educativo sobre Salud sexual y reproductiva dirigido a niños del grado 3-4-5to de primaria, en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Sancorbo a los 30 días del mes de 05 del 2025.

FIRMA: Araelypegura

CEDULA DE CIUDADANÍA: 26158716

CELULAR: 301 755 6918

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

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 29 del mes 05 del año 2025 se reunieron Tatiana Jaraba - Mireya Balcartel representante de la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro y Yhadeelys Segui representante de I.E. Perpetuo Socorro Sede Urbana de la zona Urbana del municipio de San Carlos con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-009-2025 celebrado entre la ESE Hospital San Francisco y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad Propuesta	Eje/ Dimensión	Fecha Propuesta	Necesidad de Apoyo Logístico	Necesidad de Talento Humano	Observaciones
Brindar un taller sobre educacion sexual y reproductiva dirigido a niños de primaria donde se abordaran los sgtes temas = diferencias de sexo, anatomia de los organos genitales y sus funciones, actitudes positivas frente al cuerpo y la genitalidad. promoción del autocuidado y prevención de la violencia sexual y de genero	Atencion primaria en salud	30/05/25	Portafolio video Beam	enfermera auxiliar de enf medico	

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

Nombre:	Tatiana Jaraba	Nombre:	Yhadeelys Segui
Cedula de ciudadanía:	1103096787	Cedula de ciudadanía:	26.158.716
Entidad:	Ese San Francisco	Entidad:	I.E Perpetuo Socorro Sede
Numero de contacto	3058322330	Numero de contacto	3017556918
Firma:		Firma:	

Mireya Balcartel
Tel = 3232307261

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

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: I. E Inspector Sucre Sede Abajo	Hora de Inicio: 8:00 am
Fecha 30/05/2025	Hora de Finalización: 10:00 am

Objetivo(s) de la Reunión

Brindar a los niños y niñas información adecuada y respetuosa sobre salud sexual y reproductiva con el fin de poder identificar las diferencias de sexo, conocer anatomía y funciones básicas de los órganos genitales, fomentar una actitud positiva hacia el cuerpo y la genitalidad. prevenir Violencia de genero y Sexual.

Desarrollo de la Reunión

Se socializaron los talleres de manera dinamica, con ayuda de imagenes en video beam, para mayor entendimiento, se mostraron imagenes por medio del rotafolio, como son: Voces la salud Sexual y reproductiva, diferencias entre niños y niñas, conocimiento basico de los organos genitales, el respeto hacia nuestro cuerpo, autocuidado diario, Naturalizar el cuerpo y hablar Sin miedo; prevencion de la Violencia de genero y Violencia Sexual, promocion y respeto y la igualdad los niños participaron activamente en los talleres, se aclararon todas se respondieron preguntas, se explico con palabras Claras, se dieron ejemplos cotidianos para apoyar aunmás la explicacion Se brindo refrigerios

Conclusiones

Se conto con la participacion activa de los niños - la charla fue una Herramienta educativa fundamental para fortalecer el desarrollo emocional, fisico y Social de los niños; al promover la confianza, el autocuidado y el respeto.

Recomendaciones

Se sugiere contar con rotafolio mas grande para optimizar la visualizacion de las imagenes.

Nota = Se obtó por usar videobeam para explicar con imagenes mas grandes.

Responsables de la Actividad

Katiuska Castillo
1103096787

Mirely Baleta
Tel 3232307261

FORMATO

LISTADO DE ASISTENCIA EVENTO

PILOTO DE GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD CONTRA LA DISCRIMINACIÓN ESCOLAR

CÓDIGO: GUP-F-015
VERSIÓN: 01
FECHA: 12/09/2022
PÁGINA: 1 de 1

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN: Cruz

NOMBRE: Taller de Liderazgo en

TIPO DE EVENTO: Taller

FECHA: 30/09/22

BARRIO/VEREDA: Bocana

INSTITUCIÓN: Bocana

SEDE: I.E Rafael Uribe Uribe Educativo

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO	GRADO/GRUPO	TIPO DE DOCUMENTO	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GÉNERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Isabella Tirado	N/A	N/A	Sexto	T.I	1062608581	5	9	F		H	NO	AFRO	CU	NO	NO TIENE	Isabella Tirado
Adrian Barrera	N/A	N/A	Sexto	T.I	1071357434	5	10	M		H	NO	SIN	CU	NO	NO TIENE	Adrian Barrera
Andres Botello	N/A	N/A	Sexto	T.I	1071356488	5	11	M		H	NO	SIN	CU	NO	NO TIENE	Andres Botello
Armando Vides	N/A	N/A	Sexto	T.I	1071387061	5	11	M		H	NO	SIN	CU	NO	NO TIENE	Armando Vides
Johan Botello 3	N/A	N/A	Sexto	T.I	1071356487	5	11	M		H	NO	SIN	CU	NO	NO TIENE	Johan Botello 3.
Elías Brunal	N/A	N/A	Sexto	T.I	1062609983	5	11	M		H	NO	SIN	CU	NO	NO TIENE	Elías Brunal
Sebastian Acosta	N/A	N/A	Sexto	T.I	1071358009	3	9	M		H	NO	SIN	CU	NO	NO TIENE	Sebastian Acosta
David Laza	N/A	N/A	Sexto	T.I	1123974745	5	11	M		H	NO	SIN	CU	NO	NO TIENE	David Laza
Samuel Ramirez	N/A	N/A	Sexto	T.I	1071387709	3	9	M		H	NO	SIN	CU	NO	NO TIENE	Samuel Ramirez
Maria Serpa	N/A	N/A	Sexto	T.I	1061982329	5	11	F		H	NO	SIN	CU	NO	NO TIENE	Maria Serpa
Valery Sofia R.	N/A	N/A	Sexto	T.I	1062011702	5	11	F		H	NO	SIN	CU	NO	NO TIENE	Valery Sofia R.
Salome Muskus	N/A	N/A	Sexto	T.I	1071387884	5	11	F		H	NO	SIN	CU	NO	NO TIENE	Salome Muskus

Nivel de escolaridad: PRI: Primaria SEC: Secundaria MED: Media TYB: Técnico o Tecnológico PRO: Profesional MAE: Maestría DOC: Doctorado POS: Posdoctorado NAC: Maestro o Saberes

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

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

Grupo étnico: N: Negro A: Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero IP: Indígena ROM: Población Migrante Irregular PMIR: Población migrante regular NING: Ninguno Room: Sí es de pertenencia étnica

Otras condiciones Sociales: CR: Comunidad Rural; CU: Comunidad Urbana; VICAC: Persona Víctima del Conflicto Armado; PRIC: Persona Reincidente de Cárcel; PEP: Persona en ejercicio de la prostitución; PPL: Persona Privada de la Libertad; PSR: Población Excombatiente; GES: Mujeres Gestantes; CM: Madres o padres Cabeza de Hogar

FORMATO

LISTADO DE ASISTENCIA GENERAL

PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA, COMUNITARIA Y PLANIFICACIÓN DEL SS

CÓDIGO: GMPA-FT-PC

VERSIÓN: 01

FECHA: 13/06/2024

PÁGINA 1 de 1

EAPB O ENTIDAD RESPONSABLE	TEMA	TIPO DE EVENTO	FECHA	HORA INICIO	HORA FIN	LUGAR
CRUZ	Taller educativo	Taller	30/05/25	8:00am	10:00 m	2 E. Rancho Seco Ch.

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	¿CONSIDERA SER DISCAPACITADO?	GRUPO ÉTNICO	OTRA CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Adriana Ariza	N/A	N/A	Sacalos	T.I	1071359814	4	9	f	M	H	NO	SP	C	NO	No tiene	Adriana Ariza
Ivan Reyes	N/A	N/A	Sacalos	T.I	1071357186	4	1	M	H	H	NO	SP	C	NO	no tiene	Ivan Reyes
Keiller Arroyo	N/A	N/A	Sacalos	T.I	1071357987	4	8	M	H	H	NO	SP	C	NO	no tiene	Keiller Arroyo
David G.	N/A	N/A	Sacalos	T.I	1071357947	4	8	M	H	H	NO	SP	C	NO	no tiene	David G.
Guadalupe P.	N/A	N/A	Sacalos	T.I	1062609898	4	8	f	M	H	NO	SP	C	NO	No tiene	Guadalupe P.
Ian Rivera	N/A	N/A	Sacalos	T.I	1051356717	4	9	M	H	H	NO	SP	C	NO	No tiene	Ian Rivera
Jeffrey Zuleta	N/A	N/A	Sacalos	T.I	1071438297	4	9	M	H	H	NO	SP	C	NO	No tiene	Jeffrey Zuleta
MARIA A. GARCIA	N/A	N/A	Sacalos	T.I	1071356298	5	10	f	M	H	NO	SP	C	NO	No tiene	Maria A. Garcia
ASHLYN CASARUBIA	N/A	N/A	Sacalos	T.I	1071357693	5	10	f	M	H	NO	SP	C	NO	No tiene	Ashlyn Casarubia

Nivel de escolaridad: NSA: Sin Nivel de escolaridad PRI: Primaria SEC: Secundaria MED: Media TYT: Técnico o Tecnológico PRO: Profesional MAE: Maestría DOC: Doctorado PDoc: Posdoctorado MAG: Maestro o Sabedor

Genero: M: Masculino F: Femenino I: Intersexual

Género: H: Hombre M: Mujer T: Trans

Orientación sexual: H: Heterosexual L: Lesbiana G: Gay B: Bisexual TQ: Transgénero Q: Queer TS: Transexual +: Otro A: Asexual

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

Condición de discapacidad: AUD: Auditiva FIS: Física INT: Intelectual VIS: Visual SOR: Sordoceguera PSI: Psicosocial MUL: Múltiple

Grupo étnico: N: Negro A: Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero IND: Indígena PINMI: Población migrante irregular PMGR: Población migrante regular ROM: Pueblo Rrom SIN: Sin pertenencia Étnica

Otras condiciones: CN: Comunidad Rural; CU: Comunidad Urbana; VMA: Persona Víctima del Conflicto Armado; PRICIA: Persona Privada de Libertad; PSH: Persona en ejercicio de la prostitución; PPL: Persona Privada de la Libertad; PEX: Población Excombatiente; MJH: Mujeres Gestantes; CH: Madres o padres Cabeza de Hogar

ACTIVIDAD 1.10

(Microterritorio Urbano)

Jornadas de tamizaje para ITS (VIH y sífilis), con enfoque preventivo a personas entre 15 y 60 años de edad por parte de personal certificado en POCT a excepción de los profesionales en bacteriología. Se debe garantizar la asesoría pre y post prueba y la entrega de cinco (05) preservativos a las personas que accedan a las pruebas. se debe garantizar la canalización efectiva de los usuarios con resultados reactivos a la IPS primaria para captación de los casos resguardando la confidencialidad. Mínimo 30 personas

Nombre de la actividad:

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

Objetivo:

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

Población intervenida:

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

ITEM	FECHA	LUGAR (BARRIO, VEREDA O SITIO)	NUMERO DE PERSONAS	GENERO		RANGO DE EDAD					
				F	M	0 - 5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60
1	17-05-2025	Castilleral	32	30	2	0	0	1	7	15	9
2	06-06-2025	Castilleral	30	27	3	0	0	1	16	13	0
TOTAL			62	57	5	0	0	2	24	28	9

Desarrollo de la actividad:

1. **Planificación de la jornada:**

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

2. **Implementación de la jornada:**

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

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

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

Requerimientos:

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

Conclusión:

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

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

JORNADA No. 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Jornada de Tamizaje para Infecciones de Transmisión Sexual (VIH y Sífilis) con Enfoque Preventivo y Acompañamiento Integral.
LUGAR	Castilleral
FECHA	17-05-2025
POBLACION INTERVENIDA	Personas entre 15 y 60 años de edad









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

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Castilleral	Hora de Inicio: 8:00 am
Fecha 17 de Mayo / 2025	Hora de Finalización: 11:00 am

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar tamizaje de pruebas rápidas para la detección de SIFILIS y VIH con el fin de identificar casos positivos de manera oportuna y brindar Orientación adecuada a los participantes.

Desarrollo de la Reunión

Se llevó a cabo una Jornada de tamizaje con pruebas rápidas de Sífilis y VIH, en la comunidad, en la cual se garantizó asesoría pre y post prueba a todos los participantes, la actividad se realizó de forma confidencial segura y con enfoque de derechos. promoviendo el acceso el acceso de servicios de salud integral

Durante la Jornada se realizaron multiples pruebas rápidas, se detectó un unico resultado dudoso para SIFILIS. la persona fue remitida oportunamente a una institución de salud. Para la realización de pruebas confirmatorias y el seguimiento correspondiente.

la Jornada se desarrolló con éxito compliendo los protocolos establecidos.

Se entregaron Preservativos a las personas que accedieron a las Pruebas

Conclusiones

se logro Sensibilizar a la Comunidad sobre la importancia del diagnostico temprano.
se identificó un caso dudoso, el cual fue abordado adecuadamente mediante remisión oportuna.
se reforzó la importancia de la Prevencion, el autocuidado y el acceso a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva.

Recomendaciones

Responsables de la Actividad

Carlos Vergara V.
1071350604

Esteban Pastor
1103026788

(P) 6.

1.10 Jornada Tamizaje VIH y Sífilis #1

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Enys Vergara Urango, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1071350004, en Representación del Comunidad de Castilleral, certifico que la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO, realizó Jornada de tamizaje para ITS (VIH - Sífilis), Con enfoque preventivo a personas entre 15-60 AÑOS de edad, Con asesoria Pre y post prueba, con entrega de preservativos a las personas., en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en San Carlos a los 17 días del mes de Mayo del 2025.

FIRMA: Enys Vergara U

CEDULA DE CIUDADANÍA: 1071350004

CELULAR: 3207191461

CROE	Tamizaje para ITS	J. Tamizaje	17.05.2025	8:00 am	11:00 am	Castillera l.

SILVIA URUGO	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC	26158609	PR	81	F	M	H	NO	NO	NO	3106003620	No Tiene	Silvia urango
MARTA SALDARIAGA	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC	21945966	11	86	F	M	H	NO	NO	NO	3126056715	No Tiene	Marthua Saldarriaga
MARIA SIMANCA	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC	1071348249	B	27	F	M	H	NO	NO	NO	3145882942	No Tiene	Maria Simanca
BETTY JIMENEZ	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC	26159031	5°	68	F	M	H	NO	NO	NO	3217051696	No Tiene	Betty Jimenez
ARNOLIS PEREZ	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC	1003599952	B	30	F	M	H	NO	NO	NO	3217051696	No Tiene	arnolis perez
POLICARPA JIMENEZ	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC	26159797	5°	60	F	M	H	NO	NO	NO	3148419779	No Tiene	Policarpa J.
ANA PEREZ JIMENEZ	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC	1071351102	B	36	F	M	H	NO	NO	NO	3122470786	No Tiene	Ana Mercedes Pérez
ARELIS RIVAS	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC	26162118	B	48	F	M	H	NO	NO	NO	3226492095	No Tiene	Arelis Rivas
VALENTINA TIRADO	N/A	N/A	SAN CARLOS	TI	1071354512	B	15	F	M	H	NO	NO	NO	3226492095	No Tiene	Valentina Tirado
CLARIVS ARROYO	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC	1003509919	TNO	32	F	M	H	NO	NO	NO	3148513057	No Tiene	Clarivs Arroyo
ENIS VERGARA	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC	1071350004	TNO	38	F	M	H	NO	NO	NO	3207191461	No Tiene	Enis Vergara
TATIANA GARCIA	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC	1103096887	SIN	32	F	M	H	NO	NO	NO	-	No Tiene	

Soplus

AGENCIA

LISTADO DE ASISTENCIA Y EVALUACIÓN

PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y LA ADMINISTRACIÓN DEL SIG

CÓDIGO: GTH-F-[illegible]
VERSIÓN: 01
FECHA: 10/08/2021
PÁGINA 1 de 1

NOMBRE ACTIVIDAD DE INDUCCIÓN	TEMA:	FACILITADOR:	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
Q06	Tamizaje para ITS	J. Tamizaje	17.05.2023	8:00 AM	11:00 AM	Castilleral.

NOMBRES Y APELLIDOS	GRUPO ETNICO	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	CUAL?	OTRAS CONDICIONES	CELULAR DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
TERESA ARROLLO	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC	26158563		75	F	Fm	H	NO	NO	NO	No Tiene	No Tiene	Teresa Arroyo Ordoñez
RAMÓN GAMERO	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC			92	M	H	H	NO	NO	NO	No Tiene	No Tiene	Ramon Gamero
JORGE ARROYO	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC	1115070[illegible]		65	M	H	H	NO	NO	NO	No Tiene	No Tiene	Jorge Arroyo.
Edith Sierra	N/A	N/A	S Carlos	cc	26158966		74	F	m	H	NO	NO	NO	No Tiene	No Tiene	Edith Sierra.
Nelly Polo Vertel	N/A	N/A	San Carlos	CC	3192280524		65	F	m	D	NO	NO	NO	No Tiene	No Tiene	Nelly Polo V
Estila Pineda	N/A	N/A	San carlos	CC	26164511		65	F	m	H	NO	NO	NO	3232305602	No Tiene	Estela Pineda. M.
Maria Ignacia	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1100551063	SIN	27	F	M	H	NO	NO	NO	3226724906	No Tiene	Maria Ignacia
DAIRA BERTEL	N/A	N/A	S Carlos	CC	1005685837		29	F	m	H	NO	NO	NO	No Tiene	No Tiene	DAIRA BERTEL
Yerlis Garcia.	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1013980089		32	F	M	H	NO	NO	NO	3127182141	No Tiene	Yerlis G.
Yolanda M. M	N/A	N/A	San carlos	cc	1093937[illegible]		56	F	m	H	NO	NO	NO	No Tiene	No Tiene	Yolanda Montes
Marisol Arrieta V	N/A	N/A	San carlos	cc	1071353[illegible]		34	F	m	H	NO	NO	NO	No Tiene	No Tiene	Marisol Arrieta V
Maria Jose Hernandez	N/A	N/A	San carlos	CC	1003034560		28	F	M	H	NO	NO	NO	3128369881	No Tiene.	Maria José Hernandez

Nivel de escolaridad: Sin nivel de escolaridad S; Básica primaria BP; Básica secundaria BSEC; Media M; Técnico o Tecnólogo T; Universitario U; Especialización ESP; Maestría MAES; Doctorado DOC; Doctorado Ac (TSU) Postdoctorado MAES: Maestría o Semestre

Sexo: Da Masculino; F: Femenino; In Intersexual

Género: H: Hombre; M: Mujer; T: Trans; Orientación sexual: H: Heterosexual; L: Lesbiana; G: Gay; B: Bisexual; SG: Sexogénico; Q: Queer; TSX: Transexual; O: Otro; A: Asexual

Tipo de documento: CC: Cédula; TI: Tarjeta de identidad; CE: Cédula de extranjería

Con Población con condición: DIS: Auditiva; DIV: Física; DIT: Intelectual; DIS: Visual; SOR: Sordoceguera; PSI: Psicosocial; MULT: Múltiple

Otras condiciones: N: Negro Afrodescendiente; R: Raizal; P: Palenquero; PROI: Indígena; PEMI: Población migrante irregular; PEMR: Población migrante regular; ROM: Rrom; Dinem; SP: Sin pertinencia étnica

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

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

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: (Capacitación, Asistencia técnica, Diálogo, Reunión)	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
CPOE	Tamisaje para ITS	Jor. Tamisaje	12.05.2025	8:00 AM/PM	11:00 AM	Cashlleral

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Tatiana Valet Q.	N/A	N/A	San Carlos	CC	25772876	ESP	34	F	M	H	NO	NO	NO	3135279910	No Tiene	TATIANA VALET.
Sara Garay Yanes	N/A	N/A	San Carlos	CC	1193561305	10	23	F	M	H	NO	NO	NO	No Tiene	No Tiene	Sara Garay Yanes
Fernanda Gonzalez	N/A	N/A	San Carlos	CC	1065011358	10	27	F	M	H	NO	NO	NO	3013073702	No Tiene	Fernanda Gonzalez
TERESA CANADIA	N/A	N/A	San Carlos	CC	1071354845	PR	48	F	M	H	NO	NO	NO	3194891673	No Tiene	Teresa Canadia
MARIA DIAZ	N/A	N/A	San Carlos	CC	1067943200	6	18	F	M	H	NO	NO	NO	No Tiene	No Tiene	MARIA DIAZ
Mirleidis Montes	N/A	N/A	San Carlos	CC	50934370	9	38	F	M	H	NO	NO	NO	3235469882	No Tiene	Mirleis M M
Jorlidis Garman	N/A	N/A	San Carlos	CC	1071348158	11	28	F	M	H	NO	NO	NO	3235144640	No Tiene	Jorlidis Garman
LORENA PEREZ PAYARES	N/A	N/A	San Carlos	CC	1071354153		33	F	M	H	NO	NO	NO	3185623263	No Tiene.	LORENA PEREZ P.

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

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

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

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

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

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

FECHA: 17 Mayo/2025

Yo Marta Lucia Saldarriaga Sierra

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: Marta Lucia Saldarriaga Sierra

N° de Identificación: 21945966 de REMEDIOS ANTIOQUIA

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Estevan Leotie

N° de Identificación: 1103096787 de Conapl - Sucre

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 17 Mayo 2025

Yo _____

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: Jorge Arroyo Ordoñez

N° de Identificación: 11 150 700 de San Carlos

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Tiffany Lastre

N° de Identificación: 1103096787 de Cereté - Salud

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 17 Mayo 2025

Yo 

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

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

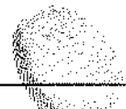
También certifico que dicha persona me brindó asesoría y según su compromiso, de ella también recibiré una asesoría pos-prueba (procedimiento mediante el cual me entregan mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

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

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

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

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

Nombre del Paciente:  Ramon Esteven

N° de Identificación: 2736851 de San - Carlos

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Estevan Jostue

N° de Identificación: 1103096787 de Cerro - Sucre

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 17 Mayo 2025

Yo _____

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

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

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

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

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

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

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI ☐ **NO** ☐

Nombre del Paciente: Teresa Arrayo Ordoñez

N° de Identificación: 26 [illegible] 563 **de** _____

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Fatima Justre

N° de Identificación: 1103 096 787 **de** Cerro - Sucre

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 17 Mayo 2025

Yo _____

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: Tatiana, Garcia

N° de Identificación: _____ de _____

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Tatiana Fosbe

N° de Identificación: 1102096787 de Cerete - Sucre

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 17 Mayo 2025

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

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

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

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

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

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

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI ☐ **NO** ☐

Nombre del Paciente: ANA Mercedes Perez Linares

N° de Identificación: 1.071.351.102 de San Carlos Cordoba

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Tatiana Tostra

N° de Identificación: 1003096787 de Cerro Sinú

Firma del profesional que realizó la asesoría

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

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

FECHA: 17 Mayo 2025

Yo Roberto Juarez montes

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: Roberto Juarez montes

N° de Identificación: 26157747 de San Carlos

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Estefania Fontalvo

N° de Identificación: 1103046787 de Coronel - Sucre

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 17 Mayo - 2025

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: Arnolis Perez Jimenez

N° de Identificación: 1003591952 de San Carlos

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Tatiana Lastra

N° de Identificación: 110·309 6787 de Cerro Azul

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 17 Mayo - 2025

Yo Betty Isabel Jimenez Montes

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: Betty Isabel Jimenez Montes

N° de Identificación: 26.159.031 de San Carlos

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Catalina Posada

N° de Identificación: 1103096787 de Cerete - Sucre

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 17 Mayo 2025

Yo Maria de los Pez Suarez Sotelo

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: Maria de los Pez Suarez Sotelo

N° de Identificación: 1071348249 de Sin color

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Tatiana Pastrana

N° de Identificación: 1103096787 de Cerro Sucre

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 17 de Mayo /2025

Yo Silvia Urango

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: Silvia Urango

N° de Identificación: 26158609 de San Carlos

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Tatiana Jaraba

N° de Identificación: 1103090703 de Corozal- Sucre

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 17 de Mayo /2025

Yo Arelis Ruiz

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: Arelis Ruiz

N° de Identificación: 2616 2118 de San carlos

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Estiuana Pastrana

N° de Identificación: 1103096707 de Cerozal

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 17 de Mayo /2025

Yo Valentina Tirado.

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: Valentina Tirado

N° de Identificación: 1071354512 de San carlos

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Eliana Pastre

N° de Identificación: 1103096787 de Corozal.

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 17 de Mayo 2025

Yo · Clariluz Arroyo Martinez

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: · Clariluz Arroyo

N° de Identificación: · 1003589917 de · San Carlos.

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Katiuska Pastrana

N° de Identificación: 1103096787 de Montelíbano.

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 17 de Mayo /2025

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: Enys Vergara Urango

N° de Identificación: 1071350004 de San Carlos

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Tatiana Castro

N° de Identificación: 1103096784 de Montería.

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 17 Mayo /2025

Yo Edith Sierra Medellin

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: Edith Sierra M.

N° de Identificación: CC 26158966 de Sahagún

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Tatiana Pastre

N° de Identificación: 1103096787 de Cerrejal.

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 17 de Mayo /2025

Yo Yelly Rosario Polo Vitola

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: Yelly Rosario Polo Vitola

N° de Identificación: 34973034 de Montería

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Katiuska Jaste

N° de Identificación: 1003096787 de Cerete

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Spvs capital 2do Bolivar

FECHA: 17 de Mayo 2025

Yo Estela Pineda e/estra

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: Estela Pineda e/.

N° de Identificación: 26164511 de Sincelejo

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Estiana Festa

N° de Identificación: 1103096707 de Lorica

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 17 de Mayo 2025

Yo Maria Ignacia

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

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

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

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

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

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

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI ☐ **NO** ☒

Nombre del Paciente: Maria Ignacia

N° de Identificación: 3206785798 de San Carlos

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Katherine Jaster

N° de Identificación: 1103096787 de Lorica.

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 17 de Mayo /2025

Yo DAIRA MILENA BERTEL PEREZ

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: DAIRA BERTEL PEREZ

N° de Identificación: 1005680537 de

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Estiana Pasta

N° de Identificación: 1030967883 de Lorica

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 17 de Mayo 2025

Yo Yerlis Garcia Viloria

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: Yerlis Garcia Viloria.

N° de Identificación: 1073980089 de Tierra alta

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Tatiana Pasta

N° de Identificación: 1103076787 de Lorozal

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 17 de Mayo /2025

Yo Mercedes Montes . M.

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: Mercedes M M.

N° de Identificación: 5-0939370 de San carlas

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Esteban Jaster

N° de Identificación: 1103076787 de Cerozal

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 17 Mayo /2025

Yo Marisol Arrieta Vertel

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: Marisol Arrieta Vertel

N° de Identificación: 1071353 073 de San Carlos

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Tatiana Jaste

N° de Identificación: 1030760703 de Montería.

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 17 de Mayo 2025

Yo Maria Jose Hernandez Alvarado

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: María José Hernandez Alvarado

N° de Identificación: 1003034560 de Cotorra-Córdoba

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Tatiana Jaste

N° de Identificación: 1103096707 de Lorozal.

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 17 de Mayo 2025

Yo Tatiana Valet R.

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: Tatiana Valet R.

N° de Identificación: 25772876 de San Carlos.

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Tatiana Justa

N° de Identificación: 1103076787 de Montería

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 17 Mayo 2025

Yo Sara garay yanes

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: Sara Garay Yanes

N° de Identificación: 1193561305 de

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Tatiana Fastte

N° de Identificación: 1003096787 de Cerozal

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 12 Mayo 2025

Yo Fernanda Gonzalez

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: Fernanda Gonzalez

N° de Identificación: 1065011358 de

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Katiana Pastre

N° de Identificación: 1103096797 de Cerete

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 17 de Mayo / 2025

Yo Teresa Camacho

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: Teresa Camacho

N° de Identificación: 1071354845 de

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Katherine Jaster

N° de Identificación: 1103967787 de Montería

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 17 Mayo /2025

Yo MARIA DIAZ

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: MARIA DIAZ

N° de Identificación: 1067794320 de San Carlos

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Tatiana Fuste

N° de Identificación: 1030567787 de Cerozal

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 17 Mayo 2025

Yo Yarlidis German

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: Yarlidis German

N° de Identificación: 1071348158 de

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Estefanny Pastrana

N° de Identificación: 1003096787 de Cerrejón

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 17 Mayo / 2025

Yo LORENA PEREZ PAYARES

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

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

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

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

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

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

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI ☐ **NO** ☒

Nombre del Paciente: LORENA PEREZ P.

N° de Identificación: 1071354152 de MONTERIA.

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Fabiano Jaste

N° de Identificación: 1103096787 de Cerozal

Firma del profesional que realizó la asesoría

FORMATO DE RESULTADOS

PRUEBAS DE VIH Y SÍFILIS

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ACTIVIDAD: Jornadas de Tamizaje para Infecciones de Transmision Sexual (VIH. Sifilis)

OBJETIVO : Realizar tamizaje para VIH y sifilis con enfoque preventivo a personas entre 15 y 60 años.

DIA:	17	MES:	Mayo	AÑO:	2025	TERRITORIO:	San Carlos	MICROTERRITORIO:	Cashlleral

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			VIH		SÍFILIS		MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	SI	NO	
1	SILVIA URANGO.	CC	26158609	3106003520	81	F	M													X		X			Silvia Urango
2	Marta Saldarriaga	CC	21945966	3126005715	56	F	M													X		X			Marta Saldarriaga
3	MARIA SIMANCA	CC	1071348249	3145882982	27	F	M													X		X			Maria Simanca.
4	BETY JIMENEZ	CC	26159031	3217051696	68	F	M													X		X			Bety Jimenez
5	ARNOLIS PEREZ	CC	1003591972	3217051696	30	F	M													X	/	X			arnolis P.
6	POLICARPA JIMENEZ	CC	26159747	3148449779	60	F	M													X		X			Policarpa J.
7	ANA PEREZ	CC	1071351102	3122479206	36	F	M													X		X			Ana M. Perez
8	ARELIS RIVAS	CC	26162118	3226492095	48	F	M													X		X			Arelis Rivas
9	VALENTINA TIRADO	CC	1071354512	3226492095	15	F	M													X		X			Valentina T.
10	CLARIBEL ARROYO	CC	1003589917	3148513857	32	F	M													X		X			Claribel A.

FORMATO DE RESULTADOS

PRUEBAS DE VIH Y SÍFILIS

ACTIVIDAD: Jornada de Tamizaje para Infecciones de Transmision Sexual (VIH- Sifilis).

OBJETIVO: Realizar tamizaje para VIH y Sifilis con enfoque preventivo a personas entre 15 y 60 años

DIA:	17	MES:	Mayo	AÑO:	2025	TERRITORIO:	San Carlos	MICROTERRITORIO:	Castilleral

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			VIH		SÍFILIS		MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	SI	NO	
1	ENIS VERGARA	CC	1071350	3207191461	38	F														X		X			Enis V.
2	TATINA GARCIA	CC	1103096887			F														X		X			
3	TERESA ARROYO	CC	26158563		75	F														X		X			Teresa Arroyo
4	RAMON GAMERO	CC			92	M														X		X			
5	JORGE ARROYO	CC	11150700		65	M														X		X			
6	EDITH SIMANCA	CC	26158896		74	F														X		X			Edith Simanca
7	NELLY POLO VERTEL	CC	31922896		65	F														X		X			Nelly Polo
8	ESTELA PINEDA	CC	26164951	3232300	65	F														X		X			Estela P.
9	MARIA IGNACIA	CC	1100555663	3226726627		F														X		X			María I.
10	DAIRA BERTEL	CC	1095685		29	F														X		X			DAIRA BERTEL

FORMATO DE RESULTADOS

PRUEBAS DE VIH Y SÍFILIS

pic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ACTIVIDAD: Jornada de Tamizaje para Infecciones de Transmisión Sexual (VIH-Sífilis).

OBJETIVO : Realizar tamizaje para VIH y Sífilis con enfoque preventivo a personas ente 15 y 60 años.

DIA:	17	MES:	Mayo	AÑO:	2025	TERRITORIO:	San Carlos	MICROTERRITORIO:	Castillera l

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			VIH		SÍFILIS		MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	SI	NO	
1	Yerlis Garcia	CC	1073980089	3127778294	32	F														X		X			Yerls G
2	Mirleidy M M	CC	50930370		56	F														X		X			Mirleidy Montes
3	Marisol Arreta	CC	1071353073		34	F														X		X			Marisol Arreta
4	MARIAJ. HERNANDEZ	CC	1003035560	3128536985	28	F														X		X			Mariajose Hernandez
5	TATIANA UMLET R	CC	25772876	3135279910	34	F														X		X			TATIANA
6	SARA GARAVITOES	CC	1193561305		23	F														X		X			Sara garavi
7	FERNANDA GONZLES	CC	1065011358	3013873027	27	F														X		X			Fernanda Gonzalez
8	TERESA CAVADIA	CC	1071354845	3194589603	48	F														X		X			Teresa Cavadia
9	MARIA DIAZ	CC	1067944320		18	F														X		X			MARIA DIAZ
10	MIRLEIDY MONTES	CC	50934370	3235469852	68	F														X		X			Mirleidy M.M

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO — DONDE EL TRABAJO ES CONVERTE EN VIDA

FORMATO DE RESULTADOS

PRUEBAS DE VIH Y SÍFILIS

pic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

OMNIA SUNT PRO SALUTE POPULI — GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ACTIVIDAD: Jornada de Tamizaje para Infecciones de Transmision Sexual (VIH y Sifilis)

OBJETIVO: Realizar tamizaje para VIH y Sifilis con enfoque preventivo a personas entre 15 y 50 años.

DIA:	17	MES:	Mayo	AÑO:	2025	TERRITORIO:	San Carlos	MICROTERRITORIO:	Castilleral

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			VIH		SÍFILIS		MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	SI	NO	
1	JARLEDIS GERMAN	CC	1071348158	3235144640	28	F														X		X			Jarledis G.
2	LORENA PEREZ	CC	1071354128	3185623263	33	F														X		X			LORENA PEREZ
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									

JORNADA No. 2

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







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

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día ____ del mes _____ del año 2025 se reunieron Tahana Lastre Minelly Lamberthneo representante de la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro y Diana Gomez representante de Comunidad de Castillera. de la zona urbana del municipio de San Carlos con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-009-2025 celebrado entre la ESE Hospital San Francisco y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad Propuesta	Eje/ Dimensión	Fecha Propuesta	Necesidad de Apoyo Logístico	Necesidad de Talento Humano	Observaciones
Jornada de tamizaje Para ITS (VIH-SIFilis) con enfoque preventivo a personas entre 15-60 años de edad con asesoria pre y post prueba y se entregaran 5 preservativos a las Personas que accedan alas pruebas	Atención Primaria en Salud.	06 Junio 2025	Pruebas rapidas Para SIFilis Pruebas rapidas Para VIH algodon alcohol guardian guantes lancetas Baisos Para recados Canegra-Loja) Formatos de Registro Reporte de resultado Consentimientos informados 150 Preservativos	Médico Auxiliar de enfermeria enfermero Jefe	

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

Nombre:	Tahana Lastre/ Minelly Lamberthneo.	Nombre:	Diana Cecilia Gomez
Cedula de ciudadanía:	1030967707	Cedula de ciudadanía:	26160252
Entidad:	E.S.E. Hosp. San Francisco.	Entidad:	Comunidad Castillera.
Numero de contacto	3058322330/ 3232307	Numero de contacto	3126918629
Firma:		Firma:	

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

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: Capacitación, Asistencia técnica, Diálogo, Reunión	FECHA:	HORA INICIO: 00:00 AM/PM	HORA FIN:	LUGAR:
CRUE	Jornada Tamizaje ITS	J. Tamizaje.	06.06.2025	9:00 AM	1:00 P.M	Castilleral

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Maty luz Benavides	N/A	N/A	San Carlos	CC	26163770	PO	41	F	M	H	NO	NO	NO	3017468824	No Tiene	Maty L. Benavides
Salomé Puche Arrieta	N/A	N/A	San Carlos	TI	1047419733	11	17	F	m	H	No	No	No	3102640939	No Tiene	Salomé Puche
Edwin Gregorio Rivas	N/A	N/A	San Carlos	CC	11156229	TyT	40	M	H	H	No	No	No	3146456313	No Tiene	Edwin Gregorio Rivas U
BIBIANA POLO	N/A	N/A	San Carlos	CC	1067917266	PO	32	F	M	H	No	No	No	3225030964	No Tiene	BIBIANA POLO
Luz Andrea Romero	N/A	N/A	San Carlos	CC	1071333743	T	26	F	m	H	No	No	No	3242565617	No Tiene	Luz Romero
Elvia Perez	N/A	N/A	San Carlos	CC	1003407824	PO	31	F	m	H	No	No	No	3235068342	No Tiene	Elvia Perez
Olga Casilla	N/A	N/A	San Carlos	CC	26.160.608	B	45	F	m	H	No	No	No	3235144040	No Tiene.	Olga Casilla
Yaneris Vega	N/A	N/A	San Carlos	CC	1003398049	B	23	F	m	H	No	No	No	3137946681	No Tiene	Yaneris Vega
Diego Jean Hoyos	N/A	N/A	San Carlos	CC	1068576058	TyT	22	M	h	H	No	No	No	3235 39046	No Tiene	Diego Hoz
María José Aranillo	N/A	N/A	San Carlos	CC	1071349292	TyT	21	F	m	H	No	No	No	3235225012	No Tiene	María José Aranillo
yira luz Ramos	N/A	N/A	San Carlos	CC	1003589859	TyT	26	F	m	H	No	No	No	3166175912	No Tiene	yira luz Ramos
MARTHA INES CASTAÑO	N/A	N/A	San Carlos	CC	1071350973	PO	36	F	m	H	No	No	No	3128420722	No Tiene.	MARTHA CASTAÑO U.

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

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

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

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

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

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

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: Capacitación, Asistencia técnica, Diálogo, Reunión	FECHA:	HORA INICIO: 00:00 AM/PM	HORA FIN:	LUGAR:
CRUE	Jornada de Tamizaje ITS	J. Tamizaje.	06.06.2025	9:00AM	1:00 PM	Castillera

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Luis Carlos Jaramillo	N/A	N/A	San Carlos	CC	11156260	BA	43	M	H	H	No	No	No	3213971220	No Tiene	Luis Jaramillo
Diana Cecilia Gomez	N/A	N/A	San Carlos	CC	26160252	TYT	57	F	M	H	No	No	No	3126918629	No Tiene	Diana Gomez
María Fernanda Taboada	N/A	N/A	San Carlos	CC	1071345923	TyT	22	F	M	H	No	No	No	3024160371	No Tiene	Maria Taboada
Natalia pinto	N/A	N/A	San Carlos	CC	1067856668	TyT	21	F	M	H	No	No	No	3162512103	No Tiene	Natalia pinto
YINA MARCELA IBAÑEZ	N/A	N/A	San Carlos	CC	1003589717	T	22	F	M	H	No	No	No	3107425627	No Tiene	Y Marcela Ibañez
Idalmis Reyes	N/A	N/A	San Carlos	CC	1071357961		25	F	M	H	No	No	No	3103552353	No Tiene	idalmisreyes
Maria Arizal Cano	N/A	N/A	San Carlos	CC	1062443888		25	F	M	H	No	No	No	3145695452	No Tiene	Maria Arizal.
Rocio Isabel Gonzalez	N/A	N/A	San Carlos	CC	1071357824		27	F	M	H	No	No	No	3104360315	No Tiene	Rocio Gonzalez P.
Luz Tatiana Arias Mendez	N/A	N/A	San Carlos	CC	1140823873		27	F	M	H	No	No	No	3013840485	No Tiene	Luz Tatiana Arias M.
Karim Sejin P.	N/A	N/A	San Carlos	CC	1071356789		29	F	M	H	No	No	No	3205319189	No Tiene	Karim Sejin
Karol Gonzalez	N/A	N/A	San carlos	CC	1003590735	T	23	F	M	H	No	No	No	3233487392	No Tiene	Karol Gonzalez
MARIA MASS	N/A	N/A	San Carlos	CC	1003005852	TI	28	F	M	H	No	No	No	3136307577	No Tiene.	MARIA MASS

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

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

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

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

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

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

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: Capacitación, Asistencia técnica, Diálogo, Reunión	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
CROE	Jornada de Tamizaje ITS	J. Tamizaje.	06.06.2025	9:00AM 00:00 AM/PM	1:00pm	Castillera l.

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
LUZ DARI ARIZAL R	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC.	1003594726	B	29	F	M	H	No	No	No	3206193043	No Tiene	LUZ DARI ARIZAL Ramos
Elena Perez Germa	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC	1003407820	11	31	F	M	H	No	NO	NO	3235568342	No Tiene	Elena perez
MARISOL PRETEL	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC	1067932859	TN	32	F	M	H	NO	NO	NO	3113944609	No Tiene	MARISOL P.
ALIS CORDOBA	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC	1062960913	8°	24	F	M	H	NO	NO	NO	3247300477	No Tiene	ALIS CORDOBA.
YERI POLO	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC	1068418906	TC	27	F	M	H	NO	NO	NO	3194891673	No Tiene	Yeri Polo C.
Dayana Pérez	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC	1067290887	TC	23	F	M	H	NO	NO	NO	3216208752	No Tiene.	Dayana Pérez V

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

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

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

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

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

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

FECHA: 06 Junio - 2025

Yo MATY LUZ BENAVIDES SERPA.

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

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

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

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

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

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

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI ☑ **NO** ☐

Nombre del Paciente: MATY LUZ BENAVIDES

N° de Identificación: 26.163.770 de S/ CARLOS

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Tatiana Castro

N° de Identificación: 1103096787 de Corozal.

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 06 Junio 2025

Yo Salome Puche Arrieta

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: Salomè Puche Arrieta

N° de Identificación: 1047419733 de San carlos

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Katiuska Jattin

N° de Identificación: 1102076787 de Cerete

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 6 Junio - 25

Yo Edwin Gregorio Rivas Urango

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

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

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

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

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

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

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI ☐ **NO** ☐

Nombre del Paciente: Edwin Gregorio Rivas Urango

N° de Identificación: 11.156.229 de San Carlos (Cor)

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Tatiana Castro

N° de Identificación: 1103096787 de Consal. - Sucre

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 06 Junio - 2025

Yo BIBIANA POLO

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: BIBIANA POLO

N° de Identificación: 1067917266 de SAN CARLOS.

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Tatiana Jaraba

N° de Identificación: 1103076787 de Cerezal

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 06 Junio - 2025

Yo Luz Andrea Romero Perez

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: Luz Andrea Romero Perez

N° de Identificación: 1071337743 de San Carlos

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Fabiano Jaraba

N° de Identificación: 1103096707 de Lorica.

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 6 Junio - 2025

Yo Elvira Perez

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: Elvira Perez

N° de Identificación: 1003407828 de Montería

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Fabiana Fonte

N° de Identificación: 1103096787 de Corozal.

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 6 Junio - 2025

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: olga casilla

N° de Identificación: 26.160 608 de San Carlos

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Tatiana Justa

N° de Identificación: 1103096787 de Corozal

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 6 Junio - 2025

Yo YANERIS VEGA

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: YANERIS VEGA

N° de Identificación: 1003398099 de MONTERIA

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Eduana Pastre

N° de Identificación: 1193096780 de Lorozal

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 6 Junio - 2025

Yo Diego de Jesús León Hortiel

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: Diego León

N° de Identificación: 1068.576.058 de Montería

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Tatiana Jaraba

N° de Identificación: 1103976787 de Cerete

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 6 Junio - 2025

Yo María José Jaramillo Jimenez

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: MARÍA JOSÉ ~~JARAMILLO~~

N° de Identificación: 1071349292 **de** SAN CARLOS.

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Katiana Pastre

N° de Identificación: 1103076787 **de** Cerozal

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 6 Junio - 2025

Yo Yira Luz Ramos Montiel

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: Yira Luz Ramos

N° de Identificación: 1003 589 859 de Serete

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Tatiana Castro

N° de Identificación: 1103-96784 de Montelibano

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 6 - Junio - 2025

Yo Martha Ines Castaño Urango

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: MARTHA INES CASTAÑO URANGO

N° de Identificación: 1071350 973 de San Carlos

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Tatiana Jaramillo

N° de Identificación: 1103096787 de Corozal -

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 6 Junio - 2025

Yo Luis Carlos Jaramillo Cordero

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: luis jaramillo

N° de Identificación: 11156260 de San Carlos

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Tatiana Jastre

N° de Identificación: 1103096787 de Cerezal.

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 6 Junio - 2025

Yo Diana Cecilia Gomez Negrete.

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: Diana Cecilia Gomez Negrete

N° de Identificación: 26.160.252 de San Carlos

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Katiuska Santis

N° de Identificación: 1103076707 de Cerezal.

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 6 Junio- 2025

Yo MARIA TORBADA

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: MARIA I TORBADA

N° de Identificación: 1071345923 de SAN CARLOS.

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Tatiana Jaster

N° de Identificación: 1003096787 de Cerezal

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 6 Junio - 2025

Yo Natalia Pinto Rivero

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: Natalia Pinto

N° de Identificación: 1067856668 de San carlos

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Estivaven Jaraba

N° de Identificación: 1103096787 de Lorica

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 6 Junio - 2025

Yo Yina Marcela Ibañez culma

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: YINA MARCELA IBAÑEZ CULMA

N° de Identificación: 1003589717 de COROZA ABAJO

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Katiana Pastre

N° de Identificación: 1103076787 de Corozal

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 6 Junio - 2025

Yo Idalmis Reyes

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

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

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

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

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

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

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI ☐ **NO** ☐

Nombre del Paciente: Idalmis Reyes

N° de Identificación: 1071357961 de _____

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Tatiana Pastrana

N° de Identificación: 1103096783 de Cordoba

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 06 - Junio - 2025

Yo Maria Arizal cano

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

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

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

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

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

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

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI ☐ **NO** ☐

Nombre del Paciente: Maria Arizal

N° de Identificación: 1062943888 de San carlos

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Tatiana Pastu

N° de Identificación: 1102796787 de Corozal

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 6 Junio - 2025

Yo Rocio Isabel Gonzalez

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

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

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

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

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

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

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI ☐ **NO** ☐

Nombre del Paciente: Rocio Gonzalez

N° de Identificación: 1071357829 de

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Estiven Fontes

N° de Identificación: 1103767707 de Cerrejal

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 6-Junio-2025

Yo Juz Tatiana Arias Montes

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

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

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

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

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

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

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI ☐ **NO** ☐

Nombre del Paciente: Juz Tatiana Arias Montes

N° de Identificación: 1140893873 de San Carlos

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Katiuska Jaraba

N° de Identificación: 1103976787 de Montería

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 6-Junio-2025

Yo Karim Sejin P.

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

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

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

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

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

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

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI ☐ **NO** ☐

Nombre del Paciente: Karim Sejin

N° de Identificación: 1071356789 de San carlos

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Estiano Pastre

N° de Identificación: 1103076787 de Cerezal

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 6- Junio - 2025

Yo Karol Gonzalez

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

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

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

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

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

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

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI ☐ **NO** ☐

Nombre del Paciente: Karol Gonzalez

N° de Identificación: 1003590735 de

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Tatiana Jaster

N° de Identificación: 1103076787 de Cordoba

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 6 - Junio - 2025

Yo MARIA MASS

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: MARIA MASS

N° de Identificación: 1003005 82 de San carlos

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Fabiano Fastre

N° de Identificación: 1103026787 de Lorica

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 6 - Junio - 2025

Yo Luz Dari Arizal R

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: Luz Dari Arizal R

N° de Identificación: 1003794720 de Monteria

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Estivenson Castillo

N° de Identificación: 1103096781 de Lorica

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 6-Junio-2025

Yo Elena Perez German

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: Elena Perez G.

N° de Identificación: 1003407820 **de** Montería

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Fabiano Jostle

N° de Identificación: 1103096787 **de** Corozal

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 6 - Junio - 2025

Yo MARISOL PRETEL

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: MARISOL PRETEL

N° de Identificación: 1067932859 **de** MONTERIA

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Fabiano Castro

N° de Identificación: 1103096787 **de** Covazal

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 6-Junio-2025

Yo ALIS CORDOBA

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: ALIS CORDOBA

N° de Identificación: 1062960913 de MONTERIA

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Estiano Jaster

N° de Identificación: 1103096787 de Cerozal

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 6 - Junio - 2025

Yo YERI POLO

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: YERI POLO

N° de Identificación: 1068418906 **de** MONTERIA.

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Estiano Jaster

N° de Identificación: 1103096787 **de** Arauca

Firma del profesional que realizó la asesoría

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

FECHA: 6 - Junio - 2025

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Paciente: DAYANA PEREZ

N° de Identificación: 1067290891 de MONTERIA.

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Tatiana Castro

N° de Identificación: 1103096707 de Corozal

Firma del profesional que realizó la asesoría

FORMATO DE RESULTADOS

PRUEBAS DE VIH Y SÍFILIS

ACTIVIDAD: Jornada de Tamizaje para Infecciones de Transmisión Sexual (VIH - Sífilis)

OBJETIVO : Realizar Tamisaje para VIH y Sífilis con enfoque preventivo a personas entre 15 y 60 años.

DIA:	06	MES:	Junio	AÑO:	2025	TERRITORIO:	San Carlos	MICROTERRITORIO:	Castillera

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			VIH		SÍFILIS		MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	ÓTRO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	SI	NO	
1	NATY luz Benavides	cc	26163770	3077168824	41	F	M													X		X			NATY. L Benavides
2	salome pulgarin Arrieta	cc	1047479133	3102840739	17	F	M													X		X			salome pulgarin
3	edwin gregorio rivas	cc	1775 6229	3146436313	40	F	M													X		X			Edwin gregorio
4	Bibiana polo	cc	1067917266	3225039641	32	F	M													X		X			Bibiana polo
5	luz Andrea Romero	cc	1077337743	3242565621	26	F	M													X		X			luz Romero
6	Elvia Perez	cc	1003407822	3235068342	31	F	M													X		X			Elvia Perez
7	olga casilla	cc	26160608	3235144440	45	F	M													X		X			olga casilla
8	Yaneris vega	cc	1003398049	3137946681	23	F	M													X		X			Yaneris Vega
9	Diego leon Hndez	cc	1068576058	3235390	22	M	M													X		X			Diego Hoz
10	María Jose Jaramillo	cc	1071349292	3235225012	21	F	M													X		X			María José J.

FORMATO DE RESULTADOS

PRUEBAS DE VIH Y SÍFILIS

ACTIVIDAD: Jornada de Tamisaje para Infecciones de Transmisión Sexual (VIH - Sifilis)

OBJETIVO : Realizar Tamisaje para VIH y Sifilis con enfoque preventivo a personas entre 15 y 60 años.

DIA:	06	MES:	Junio	AÑO:	2025	TERRITORIO:	San Carlos	MICROTERRITORIO:	Castilleral

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			VIH		SÍFILIS		MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	SI	NO	
1	Yira luz ramos	CC	1008589859	3166175912	26	F	M													X		X			Yira Ramos
2	Martha ines castaño	CC	1071350973	3128420922	36	F	M													X		X			Martha castaño
3	luis carlos Jaramillo	CC	11156260	3215977220	43	M	H													X		X			luis Jaramillo
4	Diana Cecilia Gomez	CC	261600252	3126918629	57	F	M													X		X			Diana Gomez
5	Maria F. Toboada	CC	1071345923	3024160371	22	F	M													X		X			Maria toboada
6	NATALIA PINTO	CC	1067855666	3162512103	21	F	M													X		X			Natalia PINTO
7	YINA MARCELA I	CC	1003589717	3107423627	22	F	M													X		X			Y marcela Ibañez
8	IRNNIS REYES	CC	1071357961	3103552353	25	F	M													X		X			Idalmis reyes
9	MARIA AZIZA1	CC	1062943888	3145695452	25	F	M													X		X			Maria Aziz el
10	ROCIO GONZALES	CC	1071357894	3104360315	27	F	M													X		X			Rocio Gonzales

FORMATO DE RESULTADOS

PRUEBAS DE VIH Y SÍFILIS

ACTIVIDAD: Jornada de Tamizaje para infecciones de Transmisión Sexual (VIH - Sifilis).

OBJETIVO : Realizar Tamizaje para VIH y Sifilis con enfoque preventivo a personas entre 15 y 60 años

DIA:	06	MES:	Junio	AÑO:	2025	TERRITORIO:	San Carlos	MICROTERRITORIO:	Castilleral

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			VIH		SÍFILIS		MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	SI	NO	
1	LUZ TATIANA ARIAZ	CC	1140893838	3013840485	27	F	M													X		X			Luz Arias
2	KARIM SEJIN	CC	1071356788	3205319189	29	F	M													X		X			Karim Sejin
3	KAROL GONTALES	CC	1003590735	3233483892	23	F	M													X		X			Karol G.
4	MARIA MASS	CC	1008000582	3136307577	28	F	M													X		X			Maria Mass
5	LUZ ARIZAL R	CC	1003594726	3206193043	29	F	M													X		X			LUZ ARIZA A.
6	ELENE PEREZ G.	CC	1003407820	3235083422	31	F	M													X		X			Elena Perez
7	MARISOL PRETEL	CC	1067932859	3113944609	32	F	M													X		X			Marisol P.
8	ALIS CORDOBA	CC	1062960913	3217300477	24	F	M													X		X			Alis Cordoba
9	YERI POLO	CC	1068418960	3194891673	27	F	M													X		X			Yeri Polo
10	DAYANA PEREZ	CC	1067290887	3216287532	33	F	M													X		X			DAYANA PEREZ

ACTIVIDAD No. 1.14

(Microterritorio Urbano)

Jornadas de capacitación consistente en cuatro talleres de 2 horas de duración dirigidas a las gestantes y madres lactantes para capacitarlas sobre Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años de edad o más. Durante el taller se verificarán los siguientes aspectos:

1. Beneficios de la lactancia materna (para la madre, el niño, la familia y la comunidad) 2. Observación de la mamada para identificar postura de la madre y el lactante, Signos de transferencia eficaz de la leche; Durante esta actividad se debe aplicar la ficha de evaluación de la técnica de lactancia

3. Extracción y conservación de la leche materna. 4. Dificultades relacionadas con la lactancia materna y dónde consultar y buscar apoyo cuando hay dificultades para la lactancia. (se debe informar la ruta para acceder a la consulta de lactancia materna de la que dispone la E.S.E. municipal)

Las asistentes a esta actividad deben ser las mismas y como mínimo participarán 20 y se presentarán videos de sensibilización y se entregarán calendarios que contengan los beneficios de la lactancia en cada mes (en los municipios que cuenten con red de apoyo de la estrategia IAMI se debe extender la invitación a la capacitación).

Nombre de la actividad:

Jornadas de Capacitación en Lactancia Materna Exclusiva y Alimentación Complementaria para Gestantes y Madres Lactantes

Objetivo:

Capacitar a gestantes y madres lactantes, mediante cuatro talleres consecutivos, sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y su continuidad con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años o más, garantizando conocimientos prácticos y teóricos para el fortalecimiento de prácticas saludables.

Población intervenida:

Gestantes y madres lactantes del territorio Urbano. **Mínimo 20 participantes**, quienes deben ser las mismas durante los cuatro talleres.

ITEM	FECHA	LUGAR (BARRIO, VEREDA O SITIO)	NUMERO DE PERSONAS	GENERO		RANGO DE EDAD					
				F	M	0 - 5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60
1	16-05-2025	Cuiva	20	20	0	0	0	0	8	12	0
2	21-05-2025	Cuiva	20	20	0	0	0	0	8	12	0
3	29-05-2025	Cuiva	20	20	0	0	0	0	8	12	0
4	05-06-2025	Cuiva	20	20	0	0	0	0	8	12	0
TOTAL			24	20	0	0	0	0	8	12	0

Desarrollo de la actividad:

Se inició la capacitación con la bienvenida a los asistentes y presentación del equipo PIC a cargo de la capacitación, se realizaron cuatro talleres presenciales de 2 horas cada uno e donde se abordaron los siguientes temas:

Taller 1: Beneficios de la lactancia materna

Temas abordados:

- Beneficios para la madre: menor riesgo de cáncer de mama y ovario, recuperación posparto, vínculo afectivo.
- Beneficios para el bebé: nutrición óptima, protección inmunológica, desarrollo cognitivo y emocional.
- Beneficios para la familia: ahorro económico, mayor cercanía emocional.
- Beneficios para la comunidad: reducción de enfermedades infantiles y carga en los servicios de salud.

Taller 2: Técnica de lactancia materna y observación de la mamada

Temas abordados:

- Posiciones adecuadas para amamantar.
- Signos de buen agarre y succión efectiva.
- Indicadores de transferencia eficaz de leche.

Taller 3: Extracción y conservación de la leche materna

Temas abordados:

- Técnicas manuales y con extractor.
- Almacenamiento adecuado: tiempo, temperatura y rotulación.
- Uso seguro de la leche materna extraída.

Taller 4: Manejo de dificultades y ruta de apoyo

Temas abordados:

- Principales dificultades: grietas, congestión mamaria, baja producción, rechazo del bebé.
- Cuándo y dónde consultar.
- **Socialización de la ruta para acceder a la consulta de lactancia materna en la E.S.E. municipal.**
- Redes de apoyo local y estrategia IAMII (donde esté disponible).

Requerimientos:

- Facilitador/a capacitado/a en lactancia materna y alimentación complementaria (Enfermera).
- Fichas de evaluación de la lactancia Formatos con las siguientes especificaciones: Impresos en hoja de papel bond, tamaño 22 cms x 34 cms a dos tintas
- Alquiler video beam 2500 lumens (por día) Según lista de precios de referencia vigencia 2025 - DAC
- Calendario año, en papel propalcote 300 grs, full color, tamaño 50 x 80cm, doce páginas, una por cada mes.
- Mama didáctica.

Conclusión:

Estas jornadas fortalecen las habilidades prácticas y el conocimiento de las madres gestantes y lactantes para ejercer una lactancia materna efectiva, segura y prolongada, además de introducir la alimentación complementaria adecuada en el momento oportuno. La observación directa, el uso de materiales educativos, y la conexión con rutas de apoyo municipal hacen de esta estrategia una herramienta efectiva para mejorar la salud materno-infantil en el territorio.

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

CAPACITACIÓN No. 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Jornadas de Capacitación en Lactancia Materna Exclusiva y Alimentación Complementaria para Gestantes y Madres Lactantes
LUGAR	Cuiva
FECHA	16-05-2025
POBLACION INTERVENIDA	Gestantes y Madres lactantes













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



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

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 14 del mes Mayo del año 2025 se reunieron TATIANA IASTRE representante de la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro y Tatiana Ibarra representante de Comunidad de Coiva de la zona urbana del municipio de San Carlos con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-009-2025 celebrado entre la ESE Hospital San Francisco y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad Propuesta	Eje/ Dimensión	Fecha Propuesta	Necesidad de Apoyo Logístico	Necesidad de Talento Humano	Observaciones
capacitacion a madres gestantes y madres lactantes sobre lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida. y alimentacion complementaria. beneficios de la lactancia para la madre el niño, la familia y la comunidad extracion y conservacion de la leche materna dificultades relacionadas donde consultar. se aplicara la ficha de evaluacion de la lactancia materna	Atencion primaria en Salud.	16-21-29 Mayo — 05 Junio 2025	Fichas de evaluacion de la lactancia materna - video Beam - calendario año mamas ilustrativas computador Refrigerios	enfermera auxiliar de enfermeria	—

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

Nombre:	Tatiana Iastre	Nombre:	Tatiana Ibarra
Cedula de ciudadanía:	1103096787	Cedula de ciudadanía:	25772876
Entidad:	ESE San Francisco	Entidad:	Com. Coiva.
Numero de contacto	3058322330	Numero de contacto	3135279910
Firma:	Tatiana Iastre	Firma:	Tatiana Ibarra

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

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Coiva.	Hora de Inicio: 2:00 PM
Fecha 16 de Mayo - 2025	Hora de Finalización: 4:00 PM

Objetivo(s) de la Reunión

Brindar Orientacion teorico practico a madres gestantes y madres lactantes sobre la importancia de la lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses de vida, inicio adecuado de la alimentacion complementaria y metodos correctos de la extracion y conservacion de la leche materna para asegurar el adecuado Crecimiento y desarrollo de los niños

Desarrollo de la Reunión

Se realizo una breve Presentacion del equipo y de los objetivos del encuentro De manera didactica se abordaron los siguientes temas: lactancia materna exclusiva durante los 1eros 6meses de vida, alimentacion complementaria hasta los 2 años de edad, se explicaron los beneficios de la lactancia materna tanto para la madre como para el bebe, la Familia y Comunidad; signos de transferencia eficaz, extracion y conservacion de la leche, dificultades relacionadas con la lactancia, donde consultar y rutas de atencion. De manera didactica se compartieron experiencias con los asistentes, con ayuda de las fichas de evaluacion de lactancia, se clasifico la escala de puntuacion de LATCH Durante la charla se promovio la participacion activa de los asistentes. mediante preguntas y experiencias compartidas; se usaron materiales didacticos como mamas, videobeam y Fichas de evaluacion de lactancia se entregaron calendarios didacticos sobre lactancia. se brindo refrigerio.

Conclusiones

la comunidad participó activamente en las charlas, compartieron sus experiencias anteriores y actuales, se resolvieron dudas y se desmintieron algunos mitos

Recomendaciones

se recomienda el uso de Folletos para los asistentes

Responsables de la Actividad

Katiana Castle
1108067707

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Tatiana Bolaño, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 25772876, en Representación del Comunidad de Coiva., certifico que la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO, realizó Talleres dirigidos a madres gestantes y madres lactantes para capacitarlas sobre lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y alimentacion complementaria adecuada hasta los dos años, en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

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

FIRMA: Tatiana Bolaño.

CEDULA DE CIUDADANÍA: 25772876

CELULAR: 3135279910

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

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: Capacitación, Asistencia técnica, Diálogo, Reunión	FECHA:	HORA INICIO: 00:00 AM/PM	HORA FIN:	LUGAR:
CRUE	Lectura Mapeo Exclusión		16.05.23	8:00 AM	10:00 AM	CUVA

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Sara Garay Yanes.	N/A	N/A	San Carlos	CC	1193561305.	10	23	F	M	H	No	No	No	No	No tiene.	Sara Garay Yanes.
Fernanda Gonzalez	N/A	N/A	San Carlos	CC	1065011358	10	27	F	M	H	No	No	No	3013873702	no tiene	Fernanda Gonzalez
Lily Funieles S.	N/A	N/A	San Carlos	CC	1103100259	11	36	F	M	H	No	No	No	3126583370	no tiene	Lily Funieles S.
Tatiana Cerlat	N/A	N/A	San Carlos	CC	25.732.876	esp	34	F	M	H	No	No	No	3135279910	no tiene	
Edith Sierra.	N/A	N/A	San Carlos	CC	26158966	Sec	57	F	M	H	No	No	No	3232896091	no tiene	Edith Sierra.
TERESA CAUNDA	N/A	N/A	San Carlos	CC	1071359485	PP	48	F	M	H	No	No	No	3194891693	no tiene	Teresa Caunda
Yelly Katerine Polo Vertel	N/A	N/A	San Carlos	CC	34773034	T.N	6T	F	M	H	No	No	No	3192280525	no tiene	Yelly Polo Vertel
MARIA DIAZ	N/A	N/A	San Carlos	CC	1067944320	B	32	F	M	H	No	No	No	No	no tiene	MARIA DIAZ
SARA LUZ MARIN	N/A	N/A	San Carlos	CC	1067882784	B	26	F	M	H	No	No	No	No	no tiene.	SARA MARIN.
ZANELIS FLORES	N/A	N/A	San Carlos	CC	1067985929	Sec	31	F	M	H	No	No	No	No	no tiene	ZANELIS F.
Milagros Montes	N/A	N/A	San Carlos	CC	50934326	B	43	I	M	H	No	No	No	3235469857	no tiene	Milagros Montes
Estela Pineda M	N/A	N/A	San Carlos	CC	26164571	T.N	65	F	M	H	No	No	No	3232305602	no tiene.	Estela Pineda M.

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

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

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

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

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

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

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: Capacitación, Asistencia técnica, Diálogo, Reunión	FECHA:	HORA INICIO: 8:00 AM 00:00 AM/PM	HORA FIN:	LUGAR:
CDVE	lactancia Materna Exclusiva	Capacitación	16.05.2025	8:00 AM	10:00 AM	Cuiva.

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
MARINA MASS	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC	1003000582	1N	28	f	M	H	No	No	No	3736307577	No Tiene	MARINA MASS
daira mileda	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC	1005680537	5	29	F	M	H	No	No	No		No Tiene	daira mileda
WZDAR MARZAL RAMOS	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC	1003590472	6	29	F	M	H	No	No	No	3206193043	No Tiene	WZDAR MARZAL RAMOS
Yaneris Vega Barrera	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC	1003398049	6	23	F	M	H	No	No	No	3234612273	No Tiene	Yaneris Vega Barrera
Elenis Perez German	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC	1003407822	11	31	F	M	H	No	No	No	3235068342	No Tiene	Elenis Perez
Yarlidis German	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC	1071348158	11	28	F	M	H	No	No	No	3235144616	No Tiene	Yarlidis German
MARISOL PRETEL	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC	1067932859	1N	32	F	M	H	No	No	No	3113944609	No Tiene	MARISOL P.
ALIS CORDOBA	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC	1062966913	8°	24	F	M	H	No	No	No	3217300477	No Tiene	ALIS CORDOBA
LORENA PEREZ PARAMO	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC	1071359152		33	f	M	H	No	No	No	3135623263	No Tiene	LORENA PEREZ P
YERI POLO	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC	1068484906	TC	27	F	M	H	No	No	No	3194891693	No Tiene	Yeri Polo C.
SAUDIT BELLO	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC	1062935097	8°	19	F	M	H	No	No	No	3009926812	No Tiene	Saudith Bello
Dayana Pérez V	N/A	N/A	SAN CARLOS	CC	1062908871	4°	37	F	M	H	No	No	No	3216208752	No Tiene.	Dayana Perez Vargas

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

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

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

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

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

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

CAPACITACIÓN No. 2

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Jornadas de Capacitación en Lactancia Materna Exclusiva y Alimentación Complementaria para Gestantes y Madres Lactantes
LUGAR	Cuiva
FECHA	21-05-2025
POBLACION INTERVENIDA	Gestantes y Madres lactantes







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

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Coiva	Hora de Inicio: 8:00am
Fecha 21 de Mayo - 2025	Hora de Finalización: 10:00am

Objetivo(s) de la Reunión

Brindar Orientacion teorico-practica a madres gestantes y madres lactantes sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, inicio adecuado de la alimentacion complementaria y metodos correctos de extraccion y conservacion de la leche materna para asegurar el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños.

Desarrollo de la Reunión

Se inició la charla con una breve presentacion del equipo y de los objetivos del encuentro. se abordaron los siguientes temas: lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, alimentacion complementaria adecuada hasta los 2 años de edad; se explicaron los beneficios de la lactancia materna tanto para la madre, el niño, la familia y la comunidad. signos de transferencia eficaz de la leche, extraccion y conservacion de la leche materna, dificultades relacionadas con la lactancia, donde consultar y rutas para acceder a la consulta, se realizó con ayuda de las fichas de evaluacion de la lactancia la evaluacion de la lactancia en los asistentes.
Durante la charla, se promovió la participacion activa de los asistentes mediante preguntas y experiencias compartidas, se usaron materiales didacticos (mamas, muñeca, afiches) para ejemplificar la adecuada postura de la madre y el lactante. se entregaron varios afiches (calendarios) se brindó Refrigerio, se entregaron 2 anchetas a las personas que Contestaron correctamente la dinamica de Preguntas.

Conclusiones

Se identificó la necesidad de seguir promoviendo la lactancia materna exclusiva y orientar a la comunidad sobre su continuidad hasta los 2 años o más.

Recomendaciones

-ninguna

Responsables de la Actividad

Estiven Soto
1030967787.

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO — DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA	FORMATO DE ASISTENCIA	pic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud; GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N°	

EJE: Atención primaria en Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Lactancia Materna Exclusiva

DIA:	21	MES:	05	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Cuiva	ZONA:	Urbano

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Maria Mass	Cc	1003000502	3136307577	28	F	M								X	X				X			X		MARIA MASS
2	Daira Milena	Ce	1005680837	Nacional	29	F	M								X	X				X			X		Daira Milena
3	Luz Dary Ariza	Ce	1003370472	3206193073	29	F	M								X	X				X			X		LUZ DARI ARIZA
4	Yaneris Vega Barrera	Ce	1003398049	3234612773	23	F	M								X	X				X			X		Yaneris Vega
5	Elena Perez Gomez	Cc	1003407820	3235068342	31	F	M								X	X				X			X		Elena Perez
6	Jaileth Gomez	Cc	1071347350	3233144470	28	F	M								X	X				X			X		Jaileth Gomez
7	Mariana Pretel	Cc	1062960913	3139446094	32	F	M								X	X				X			X		MARIA L
8	Alis Cardeño	Cc	1071354132	3217300477	24	F	M								X	X				X			X		Alis Cardeño
9	Lorena perez pelaez	Cc	1068410906	3135623203	33	F	M								X	X				X			X		LORENA PEREZ
10	Yeny Polo	Cc	1068718603	3194891073	27	F	M								X	X				X			X		Yeny Polo C.

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N°

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atención primaria en Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Lactancia Materna Exclusiva

DIA:	21	MES:	05	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Cotiva	ZONA:	Urbano

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Sara Garay Yanes	CC	1193561305	Noticia	23	F	M								X	X				X			X		Sara Garay Yanes
2	Fernanda Gonzalez	CC	1065011358	3013873472	27	F	M								X	X				X			X		Fernanda Gonzalez
3	Lily Fuentes	CC	1103100239	3126583370	36	F	M								X	X				X			X		Lily Fuentes
4	Tatiana Leslie	CC	25772816	3135279910	34	F	M								X	X				X			X		Tatiana Leslie
5	Edilth Diaz	CC	2613866	3232896991	57	F	M								X	X				X			X		Edilth Diaz
6	Teresa Cuadra	CC	1071331885	3144891673	48	F	M								X	X				X			X		Teresa Cuadra
7	Nelly Rosado	CC	34973034	3192280525	65	F	M								X	X				X			X		Nelly Rosado
8	María Díaz	CC	1067997320	Noticia	32	F	M								X	O				X			X		María Díaz
9	Ana Luz Mármol	CC	1067882284	Noticia	26	F	M								X	X				X			X		SARA Mármol
10	Michelys Montes	CC	1067989149	3235769862	31	F	M								X	X				X			X		Michelys M

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

CAPACITACIÓN No. 3

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Jornadas de Capacitación en Lactancia Materna Exclusiva y Alimentación Complementaria para Gestantes y Madres Lactantes
LUGAR	Cuiva
FECHA	21-05-2025
POBLACION INTERVENIDA	Gestantes y Madres lactantes









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

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Cuiva.	Hora de Inicio: 2:00 PM
Fecha 29 de Mayo - 2025	Hora de Finalización: 4:00PM.

Objetivo(s) de la Reunión

Brindar Orientacion teorico practico a madres gestantes y madres lactantes sobre la importancia de la lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses de vida, Inicio adecuado de la alimentacion complementaria y Metodos correctos de la extracion y conservacion de la leche materna para asegurar el adecuado Crecimiento y desarrollo de los niños

Desarrollo de la Reunión

Se realizo una breve presentacion del equipo y de los objetivos del encuentro De manera didactica se abordaron los siguientes temas: lactancia materna exclusiva durante los 1eros 6meses de vida, alimentacion complementaria hasta los 2 años de edad, se explicaron los beneficios de la lactancia materna tanto para la madre como para el bebe, la Familia y Comunidad; signos de transferencia eficaz, extracion y conservacion de la leche, dificultades relacionadas con la lactancia, donde consultar y rutis de atencion. De manera didactica se Compartieron experiencias con los asistentes, Con ayuda de las fichas de evaluacion de lactancia, se clasifico la Escala de puntuacion de LATCH Durante la charla se promovio la participacion activa de los asistentes. mediante preguntas y experiencias compartidas; se usaron materiales didacticos como mamas, videobeam y Fichas de evaluacion de lactancia se entregaron calendarios didacticos sobre lactancia. Se brindo refrigerio.

Conclusiones

la comunidad participó activamente en las charlas, compartieron sus experiencias anteriores y actuales, se resolvieron dudas y se desmintieron algunos mitos

Recomendaciones

Se recomienda el uso de folletos para los asistentes

Responsables de la Actividad

Leticia Castle
1103069787

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO	FORMATO DE ASISTENCIA	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud · GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N°	

EJE: Atención primaria en salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Lactancia Materna Exclusiva.

DIA:	21	MES:	Mayo	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	cuiva	ZONA:	Urbano

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Yenys pelo	CC	1006918960	3194891693	27	F	M								X	X				X			X		Yenys pelo C
2	Lorena perez pelaez	CC	1068918806	3135623633	33	F	M								X	X				X			X		Sofena Perez
3	Alis cardena	CC	1071334132	3249300911	24	F	M								X	X				X			X		Alis Cardena
4	Mario perez	CC	1062960913	3113446[illegible]	32	F	M								X	X				X			X		Marisol
5	Yarledys Geman	CC	1071134850	3233194040	28	F	M								X	X				X			X		Le Cano
6	Elena perez Brito	CC	1003907810	3233068341	31	F	M								X	X				X			X		Elena Reni
7	Yeneys vega Bueno	CC	1003397849	3236173	23	F	M								X	X				X			X		Yeneys vega
8	Luz dary Arias	CC	1003559077	3206193041	29	F	M								X	X				X			X		Luz Dary Vega
9	Deiris Medrano	CC	1005820537	None	29	F	M								X	X				X			X		Deiris Milena
10	Mario Mass	CC	1003000387	3163073777	28	M	M								X	X				X			X		mario mass

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO — DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA	FORMATO DE ASISTENCIA	pic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud; GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N°	

EJE: Atención primaria en salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Lactancia Materna Exclusiva.

DIA:	21	MES:	Mayo	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Civa.	ZONA:	Urbano

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Mirley Monces	Ce	1067979249	3233469857	31	F	M								X	X				X			X		Mirley M
2	Sin La Mayor	Ce	1067887784	No tiene	26	F	M								X	X				X			X		Sara Mat
3	Mono Diaz	Ce	1067994320	No tiene	32	F	M								X	X				X			X		Mono Diaz
4	Nelly Pesao Pe	Ce	34473034	3192270585	65	F	M								X	X				X			X		Nelly Pesao
5	Rosa Cuadro	Ce	1071334785	3194896713	48	F	M								X	X				X			X		Rosa Cuadro
6	Belkis Sierra	Ce	26158066	3232896485	57	F	M								X	X				X			X		Tatiana Sierra
7	Tatiana Lastre	Ce	25792076	3133479910	34	F	M								X	X				X			X		Lily Fuentes
8	Lily Fuentes	Ce	1103100113	3126583310	36	F	M								X	X				X			X		Fenando Gon
9	Fenando Gonzalo	Ce	1063011330	3013783112	27	F	M								X	X				X			X		
10	Sara Gay Yanes	Ce	1193361305	No tiene	23	F	M								X	O				O			O		Sara Gay

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

CAPACITACIÓN No. 4

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Jornadas de Capacitación en Lactancia Materna Exclusiva y Alimentación Complementaria para Gestantes y Madres Lactantes
LUGAR	Cuiva
FECHA	05-06-2025
POBLACION INTERVENIDA	Gestantes y Madres lactantes









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

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Coiva.	Hora de Inicio: 2:00 p.m.
Fecha 05 Junio - 2025	Hora de Finalización: 4:00 p.m.

Objetivo(s) de la Reunión

Brindar Orientacion teorico practico a madres gestantes y madres lactantes sobre la importancia de la lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses de vida, inicio adecuado de la alimentacion complementaria y metodos correctos de la extracion y conservacion de la leche materna para asegurar el adecuado Crecimiento y desarrollo de los niños

Desarrollo de la Reunión

Se realizo una breve Presentacion del equipo y de los objetivos del encuentro De manera didactica se abordaron los siguientes temas: lactancia materna exclusiva durante los 1eros 6meses de vida, alimentacion complementaria hasta los 2 años de edad, se explicaron los beneficios de la lactancia materna tanto para la madre como para el bebe, la Familia y Comunidad; signos de transferencia eficaz, extracion y conservacion de la leche, dificultades relacionadas con la lactancia, donde consultar y rutas de atencion. De manera didactica se Compartieron experiencias con los asistentes, Con ayuda de las fichas de evaluacion de lactancia, se clasifico la Escala de puntuacion de LATCH Durante la charla se promovio la Participacion activa de los asistentes. mediante preguntas y experiencias compartidas, se usaron materiales didacticos como mamas, videobeam y Fichas de evaluacion de lactancia se entregaron calendarios didacticos sobre lactancia. se brindo refrigerio.

Conclusiones

la comunidad participó activamente en las charlas, compartieron sus experiencias anteriores y actuales, se resolvieron dudas y se desmintieron algunos mitos

Recomendaciones

Se recomienda el uso de folletos para los asistentes

Responsables de la Actividad

Tatiana Castle
1108067787

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO — DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA	FORMATO DE ASISTENCIA CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N°	pic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud; OMNIA SUMUS PRO IESUM FACTA; GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atención primaria en salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Lactancia Materna Exclusiva

DIA:	05	MES:	Junio	AÑO:	2023	UBICACIÓN:	Ceiva	ZONA:	Urbano

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Jery Polo	CC	1068918960	3194391673	27	F	M								X	X				X			X		Jery polo c
2	Lorena Perez Plaza	CC	1068918906	3135623263	33	F	M								X	X				X			X		LORENA PEREZ
3	Alis Cardona	CC	1071334132	3247300411	24	F	M								X	X				X			X		Alis Cardona
4	Maria pico l	CC	1062960913	3113947609	32	F	M								X	X				X			X		MARISOL
5	Yeicelys Gomez	CC	1071349850	3233194040	28	F	M								X	X				X			X		Lucia Gomez
6	Elena perez Gomez	CC	1003407960	3233068341	31	F	M								X	X				X			X		Elena perez
7	Yeneris Vega Bermudez	CC	1003398049	3236013	23	F	M								X	X				X			X		Yeneris vega
8	Luz Dary Arrieta	CC	1003390472	3206173043	29	F	M								X	X				X			X		luz Dari vega
9	Daira Milena	CC	1003680537	Montería	29	F	M								X	X				X			X		Daira milena
10	Mario Mass	CC	1003000502	3136307577	28	F	M								X	X				X			X		mario mass

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO	FORMATO DE ASISTENCIA	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud · GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N°	

EJE: Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Lactancia Materna exclusiva

DIA:	05	MES:	Junio	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Cova	ZONA:	Urbano

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Mirleys Montes	CC	1067479129	3235769852	31	F	M								X	X				X			X		Mirleys M
2	Sara Lucia Mora	CC	1067882724	Ninguno	26	F	M								X	X				X			X		Sara Mora
3	Maria Diaz	CC	1067993120	Ninguno	32	F	M								X	X				X			X		Maria Diaz
4	Nelly Rosero Polo	CC	34773034	3192280245	65	F	M								X	X				X			X		Nelly Rosero
5	Teresa Cordoba	CC	1071354785	3197841673	48	F	M								X	X				X			X		Teresa Cordoba
6	Edith Suarez	CC	26138766	3232896991	57	F	M								X	X				X			X		Edith Suarez
7	Tatiana Lastre	CC	23772876	3135794410	34	F	M								X	X				X			X		Tatiana Lastre
8	Lily Fonseca	CC	1103100239	3126583370	36	F	M								X	X				X			X		Lily Fonseca
9	Fernando Conde	CC	1063011358	3043732570	27	F	M								X	X				X			X		Fernando Conde
10	Sara Gabriela Yances	CC	1193361305	Ninguno	23	F	M								X	X				X			X		Sara Gabriela Yances

ACTIVIDAD No. 1.16

(Microterritorio Urbano)

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

Nombre de la actividad:

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

Objetivo:

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

Población intervenida:

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

ITEM	FECHA	LUGAR (BARRIO, VEREDA O SITIO)	NUMERO DE PERSONAS	GENERO		RANGO DE EDAD					
				F	M	0 – 5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60
1	01-08-2025	I.E. Nuestra señora del Perpetuo Socorro	24	11	13	10	12	2	0	0	0
2	04-08-2025	I.E. Nuestra señora del Perpetuo Socorro	20	12	8	7	13	0	0	0	0
3	06-08-2025	I.E. Nuestra señora del Perpetuo Socorro	20	10	10	0	15	5	0	0	0
TOTAL			64	33	31	17	40	7	0	0	0

Desarrollo de la actividad:

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

Desarrollo del ciclopaseo:

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

Requerimientos:

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

Conclusión:

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

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

CICLO PASEO No. 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Ciclopaseo Comunitario para la Promoción de la Actividad Física y Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles
LUGAR	I.E. Nuestra señora del Perpetuo Socorro
FECHA	01-08-2025
POBLACION INTERVENIDA	Población General.









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

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 29 del mes Julio del año 2025 se reunieron Marlyn Zuley Ustariz Echeverry representante de la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro y Carlos Espitia representante de I.E. Nuestra Señora del Perpetuo Socorro de la zona Urbana del municipio de San Carlos con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-009-2025 celebrado entre la ESE Hospital San Francisco y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad Propuesta	Eje/ Dimensión	Fecha Propuesta	Necesidad de Apoyo Logístico	Necesidad de Talento Humano	Observaciones
Se realizo charla de sensibilizacion sobre los beneficios de la actividad fisica para la salud y de condiciones y estilos de vida Saludable - se realizo calentamiento y juego ludico recreativo - culminamos con ciclopaseo en la comunidad Educativa	Atención Primaria en Salud	01 Agosto 2025	Agua	1 con educación fisica recreación y deporte	

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

Nombre:	Carlos Espitia S.	Nombre:	Marlyn Zuley Ustariz Echeverry
Cedula de ciudadanía:	11.153.554.	Cedula de ciudadanía:	1068664075
Entidad:	I.E. Nuestra Señora P. Socorro	Entidad:	ESE. Hosp. San Fco.
Numero de contacto	3144147064.	Numero de contacto	3045274217
Firma:		Firma:	

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: I.E. Nuestra Señora del P. Socorro	Hora de Inicio: 8:00 A.M.
Fecha 01 de Agosto - 2025	Hora de Finalización: 10:00 A.M.

Objetivo(s) de la Reunión

Socializar actividades para reducir la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como se pueden prevenir y la importancia de hacer ejercicio y comer saludable

Desarrollo de la Reunión

Se realizo charla con el estudiantado sobre la importancia de practicar un deporte, hacer ejercicio, para prevenir las enfermedades cronicas no transmisible. Se realizo estiramiento antes del ciclo paseo, el recorrido fue de 5 km donde contamos con la asistencia del estudiantado y los padres de familia. se hidrato en el trancurso del ciclo paseo y al finalizar la actividad, se les dio orientacion de seguir realizando actividad fisica.

Conclusiones

terminamos ciclo paseo llegando nuevamente a la institucion educativa, realizamos estiramiento y concluimos la actividad.

Recomendaciones

nos recomiendan los docentes y padres de familia que nuevamente visitemos la institucion ya que estos espacios de recreacion y tiempo libre son importantes para sus hijos.

Responsables de la Actividad

Marilyn Zuley Vertel Echeverry

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Carlos Espitia, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 11.153.554, en Representación del I.E. Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, certifico que la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO, realizó Actividad Lúdico recreativa y ciclo paseo,
en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en San Carlos a los 01 días del mes de Agosto del 2025.

FIRMA: Carlos Espitia S.

CEDULA DE CIUDADANÍA: 11.153.554 Sahagún

CELULAR: 3144147064.

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

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: Capacitación, Asistencia técnica, Diálogo Ciudadano	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
CRUE	Hyp. de la Act. fisica.	Ciclopaseo	01.08.2025	8:00AM.	10:00AM	I.E. Nuestra Señora del P. Socorro

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Emma alean	N/A	N/A	San Carlos	RC	1065018380		3	F	M	H	No	Se	No	N/T	No Tiene	Emma alean
Geremias alean	N/A	N/A	San Carlos	RC	1065017258		4	M	H	H	No	Se	No	N/T	No Tiene	geremias alean
Sara alean	N/A	N/A	San Carlos	RC	1067957881		9	F	M	H	No	Se	No	N/T	No Tiene	Sara Alean
mateo Alian	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358756		5	M	H	H	No	Se	No	N/T	No Tiene	Mateo Alian
Josue Arciria	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358772		5	M	H	H	No	Se	No	N/T	No Tiene	Josue Arciria
Emely Hernandez	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071356861		11	M	F	H	No	Se	No	N/T	No Tiene	Emily Hernandez
nataly navarro	N/A	N/A	San Carlos	TI	1062610034		10	F	M	H	No	Se	No	N/T	No Tiene	Nataly Navarro
Mary Velasquez	N/A	N/A	San Carlos	T.I.	1062532992		10	F	M	H	No	Se	No	N/T	No Tiene	Mary Velasquez
Huberney Mendoza	N/A	N/A	San Carlos	T.I.	1071356788		12	M	H	H	No	Se	No	N/T	No Tiene	Huberney Mendoza
Deivis Durango	N/A	N/A	San Carlos	T.I	1084999552		16	M	H	H	No	Se	No	N/T	No Tiene	Deivis Durango
Carolina Jimenez	N/A	N/A	San Carlos	T.I	1071356888		11	F	M	H	No	Se	No	N/T	No Tiene	Carolina Jimenez
Victor Lopez	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071395087		5	M	H	H	No	Se	No	N/T	No Tiene	Victor lopez

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

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

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

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

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

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

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: Capacitación, Asistencia técnica, Diálogo, Reunión	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
CRUE	Importancia de la Act. fisica	Capacitacion	01.08.2025	8:00 AM	10:00 AM	I.E Nuestra Señora del P. Socorro

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Eliana Morelos	N/A	N/A	San Carlos		1071359278		3	F	M	H	No	SPE	No	N/T	No Tiene	Eliana Morelos
Elias Oquendo	N/A	N/A	San Carlos		1067978390		4	M	H	H	No	SPE	No	N/T	No Tiene	Elias Oquendo
Kevin Feria	N/A	N/A	San Carlos		1065017682		4	M	H	H	No	SPE	No	N/T	No Tiene	Elias Oquendo
Samuel Galarcio	N/A	N/A	San Carlos		1007135677		10	M	H	H	No	SPE	No	N/T	No Tiene	Samuel galarcio
Maria Jimenez	N/A	N/A	San Carlos		1071358859		7	F	M	H	No	SPE	No	N/T	No Tiene	Maria Jimenez
Samuel Rivas	N/A	N/A	San Carlos		1071359451		3	M	H	H	No	SPE	No	N/T	No Tiene	Samuel Rivas.
Samuel Caraballo	N/A	N/A	San Carlos		1071357649		9	M	H	H	No	SPE	No	N/T	No Tiene	Samel Caraballo
Jesus Lopez	N/A	N/A	San Carlos		1071358386		6	M	H	H	No	SPE	No	N/T	No Tiene	Jesus Lopez
Wilin Mendoza	N/A	N/A	San Carlos		1071358189		7	M	M	H	No	SPE	No	N/T	No Tiene	Wilin Mendoza
Dina Yanez	N/A	N/A	San Carlos		1065017712		4	F	M	H	No	SPE	No	N/T	No Tiene	Dina Yanez
Sara Pastrana	N/A	N/A	San Carlos		1071358539		6	F	M	H	No	SPE	No	N/T	No Tiene	Sara Pastrana
Yenifer Rivas	N/A	N/A	San Carlos		1071357439		9	F	M	H	No	SPE	No	N/T	No Tiene.	Yenifer Rivas

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

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

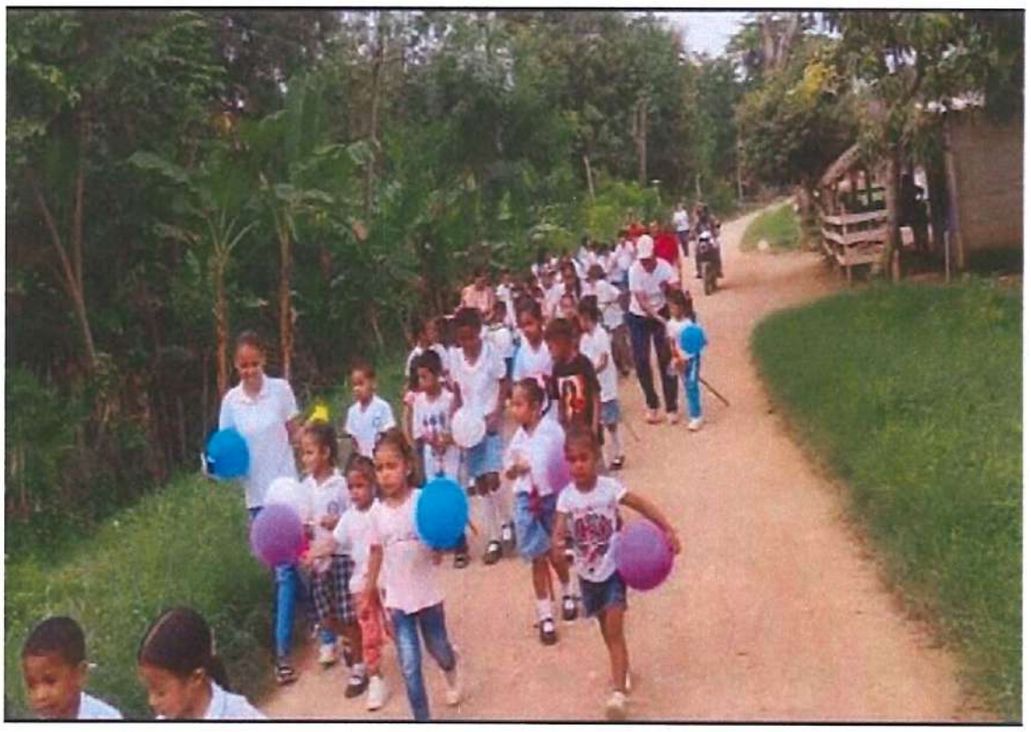
Tipo de documento: CC: Cédula TI: Tarjeta de identidad CE: Cédula de extranjería
Condición de discapacidad:
AUD: Auditiva FIS: Física INT: Intelectual VIS: Visual SCE: Sordoceguera PSI: Psicosocial MUL: Múltiple

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

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

CICLO PASEO No. 2

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Ciclopaseo Comunitario para la Promoción de la Actividad Física y Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles
LUGAR	I.E. Nuestra señora del Perpetuo Socorro
FECHA	04-08-2025
POBLACION INTERVENIDA	Población General.






EDUCATIVO



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

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 01 del mes Agosto del año 2025 se reunieron Marlyn Zulay Vertel Echeverry representante de la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro y Heidy Otero Montes. representante de I.E. Nuestra Señora del Perpetuo Socorro de la zona Urbano del municipio de San Carlos con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-009-2025 celebrado entre la ESE Hospital San Francisco y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad Propuesta	Eje/ Dimensión	Fecha Propuesta	Necesidad de Apoyo Logístico	Necesidad de Talento Humano	Observaciones
-charla sobre la importancia de la practica regular de ejercicio físico como medida para reducir la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles. -estiramiento y calentamiento -ciclopaseo -Hidratacion	Atención Primaria en Salud	04 Agosto 2025	Agua Vía vía Cordas	Licenciado en educación física, recreación y deportes	

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

Nombre:	Heidy Otero.	Nombre:	Marlyn Zulay Vertel. E.
Cedula de ciudadanía:	26.161715	Cedula de ciudadanía:	1068664075
Entidad:	I.E Corozal abajo	Entidad:	ESE. HOSP. San F.C.O
Numero de contacto	3103614241	Numero de contacto	3045274797
Firma:	Heidy Otero	Firma:	Marlyn Vertel

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

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: I.E. Nuestra Señora del Perpetuo Socorro	Hora de Inicio: 8:00 AM
Fecha 04 de Agosto 2025	Hora de Finalización: 10:00 AM

Objetivo(s) de la Reunión

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

Desarrollo de la Reunión

Iniciamos la charla sobre las enfermedades cronicas no transmisibles, la importancia de realizar ejercicio fisico y comer saludable, seguidamente concluimos con charla sobre los habitos y estilo de vida saludable y como estás importante para la vida cotidiana. seguimos con estiramiento y calentamiento para la realizar ciclo paseo de 5 Km, contando con la asistencia de todo docente y Padres de familia pausa para Hidratacion y seguimos recorrido hasta llegar al punto de encuentro y meta final.

Conclusiones

Realizamos vuelta a la calma e hidratación, culminamos ciclo paseo con una actividad ludico recreativa con los estudiante, donde realizamos circuitos y relevos.

Recomendaciones

El estudiantado, padres de famili a y Profesores nos recomiendan seguir visitando la institución, por que con estas actividades ludico recreativas sus hijos aprovechan el tiempo libre y la recreación.

Responsables de la Actividad

Marlyn Zulay Vertel Echeverry

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Heidy Otero Montes, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 26.161715, en Representación del I.E. Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, certifico que la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO, realizó Charla sobre la importancia de la practica regular de ejercicio fisico como medio para reducir la prevalencia de enfermedades cronicas no transmisible, ciclo Paseo en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en San Carlos a los 04 días del mes de Agosto del 2025.

FIRMA: Heidy Otero

CEDULA DE CIUDADANÍA: 26.161715

CELULAR: 310 3614241

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

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: Capacitación, Asistencia técnica, Diálogo, Reunión	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
CRUE	Imp. de la Actividad Física	Capacitación	04.08.2025	8:00 AM 00:00 AM/PM	10:00 AM	I.E. Nuestra Señora del P. Socorro

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Yimi Estly Pastrana perez	N/A	N/A	San Carlos	TI	1067690 67		7	F	M	no	no	sp		no tiene	no tiene	Yimi estly
catalaya peres lopez	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071359100		6	F	M	H	no	sp		no tiene	no tiene	catalaya
Katalya peres padilla	N/A	N/A	San Carlos	RC	1070826660		6	F	M	H	no	sp		no tiene	no tiene	Katalaya
Marilona petro Medina	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071357083		6	F	M	H	no	sp		no tiene	no tiene	marilona
Sharol Paola Saenz Naranjo	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071358158		7	F	M	H	no	sp		no tiene	no tiene	Sharol
Emanuel Vega Hernandez	N/A	N/A	San Carlos	TI	1220225368		7	M	A	H	no	sp		no tiene	no tiene	Emanuel
Dair David Vertel Meza	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358413		5	M	H	A	no	sp		no tiene	no tiene	
Evan Andres Vertel Meza	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358442		6	M	H	H	no	sp		no tiene	no tiene	Evan
Neider David Vertel Meza	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071358394		7	M	H	H	no	sp		no tiene	no tiene	neider
Julieta Vertel Sanchez	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071358156		7	F	M	H	no	sp		no tiene	no tiene	Julieta
Adlin Lucia Vertel Simancas	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358781		5	F	M	H	no	sp		no tiene	no tiene	
Wilmer Andres Arrieta izquierdo	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071357677		5	M	H	H	no	sp		no tiene	no tiene	

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

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

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

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

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

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

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: Capacitación, Asistencia técnica, Diálogo, Reunión	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
CRUE	Imp. de la Actividad Física	Ciclopaseo	04.08.2025	8:00AM	10:00AM	I.E. Nuestra Señora del P. Socorro

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Elias Andres Avila Pastrana	N/A	N/A	San Carlos	TI	1233345898		7	M	H	H	no	sp		no tiene	no tiene	Elias A
Maria Angel Borgo Ruiz	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071358149		7	F	M	H	no	sp		no tiene	no tiene	Maria angel
Ariana Covaja Naranjo	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358802		5	F	M	H	no	sp		no tiene	no tiene	
Brianna Covajal Naranjo	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358803		5	F	M	H	no	sp		no tiene	no tiene	
Luciana Cassil Velasquez	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358419		6	F	M	H	no	sp		no tiene	no tiene	Luciana
Matias Cassil Velasquez	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358743		5	M	H	H	no	sp		no tiene	no tiene	
Edwin Jesus Diaz Cano	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071358180		7	M	H	H	no	sp		no tiene	no tiene	edwin Jesus
Zamira Espitia Moyett	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071357815		5	F	M	H	no	sp		no tiene	no tiene	

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

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

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

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

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

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

CICLO PASEO No. 3

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Ciclo paseo Comunitario para la Promoción de la Actividad Física y Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles
LUGAR	I.E. Nuestra señora del Perpetuo Socorro
FECHA	06-08-2025
POBLACION INTERVENIDA	Población general









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

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

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 04 del mes Agosto del año 2025 se reunieron Marlyn Zulay Ventel Echeverry representante de la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro y Heidy Otero Montes. representante de I.E Nuestra Señora del Perpetuo Socorro de la zona Urbano del municipio de San Carlos con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-009-2025 celebrado entre la ESE Hospital San Francisco y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad Propuesta	Eje/ Dimensión	Fecha Propuesta	Necesidad de Apoyo Logístico	Necesidad de Talento Humano	Observaciones
-charla sobre la importancia de la practica regular de ejercicio fisico como medida para reducir la prevalencia de enfermedades cronicas no transmisibles -estiramiento y calentamiento -ciclopaseo, -hidratacion	Atencion Primaria en Salud	06 Agosto 2025	Agua	Licenciada en educación Fisica recreación y Deportes	

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

Nombre:	Heidy Otero.	Nombre:	Marlyn Zulay Ventel E.
Cedula de ciudadanía:	26.161.715	Cedula de ciudadanía:	1068604075
Entidad:	I.E Cocora Abajo	Entidad:	ESE. Hosp. San FCO
Numero de contacto	3103614241	Numero de contacto	3045274219.
Firma:	Heidy Otero	Firma:	Marlyn Ventel E.

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

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: I.E. Nuestra Señora del Perpetuo Socorro	Hora de Inicio: 8:00 AM
Fecha 06 Agosto -2025	Hora de Finalización: 10:00 AM

Objetivo(s) de la Reunión

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

Desarrollo de la Reunión

Iniciamos la charla sobre las enfermedades cronicas no transmisibles, que debemos hacer para prevenirlas y porque es importante realizar ejercicio fisico, seguidamente hablamos sobre los habitos y estilos de vida saludable y como estás es importante para la vida cotidiana. seguimos con estiramiento y calentamiento para realizar ciclo paseo de 5km contando con la asistencia de todo el cuerpo docente, Padres de familia y estudiantado, se hidrataron y seguimos el recorrido hasta llegar al punto de encuentro y meta final.

Conclusiones

Realizamos vuelta a la calma e hidratación, culminamos ciclo paseo con actividad ludico recreativa con los estudiande, donde realizamos circuitas y relevos.

Recomendaciones

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

Responsables de la Actividad

Marlyn Zuley Verbel Echeverry

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Heidy Otero Montes, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 26 161715, en Representación del I.E. Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, certifico que la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO, realizó Charla sobre la importancia de la practica regular de ejercicio fisico como medio para reducir la prevalencia de enfermedades cronicas y ciclo paseo en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en San Carlos a los 06 días del mes de Agosto del 2025.

FIRMA: Heidy Otero

CEDULA DE CIUDADANÍA: 26.161715

CELULAR: 3103614241

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

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: Capacitación, Asistencia técnica, Diálogo, Reunión	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
CRUE	Impor. de la Actividad fisica	Ciclopaseo	06 08. 2025	8:00AM 00:00 AM/PM	10:00AM	I.E. Nuestra Señora del P. Socorro

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Dulce Maria carriedo Izquierdo	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071357647	pri	9	F	M	H	no	SP		No tiene	no tiene	Dulce Maria
Mirlys Sofia Beltran ramos	N/A	N/A	San Carlos	TI	1062535073	pri	9	F	M	H	no	SP		no tiene	no tiene	Mirlis sofia
Sebastian Beltran ramos	N/A	N/A	San Carlos	TI	1062529822	pri	12	M	H	H	no	SP		no tiene	no tiene	Sebastian
Eliani's Beltran Ensuncho	N/A	N/A	San Carlos	TI	1065653168	pri	11	F	M	H	no	SP		no tiene	no tiene	Eliani's Beltran
Isaac David Cantero florez	N/A	N/A	San Carlos	TI	1065077774	pri	9	M	H	H	no	SP		no tiene	no tiene	ISAD
Eliseo Gomez Pinto	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071357548	pri	9	M	H	H	no	SP		no tiene	no tiene	Eliseo
Dayana Gomez Rodrigues	N/A	N/A	San Carlos	TI	1067963007	pri	10	F	M	H	no	SP		no tiene	no tiene	Dayana Gomis
Juan pablo Gomez Sotelo	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071356281	pri	12	M	H	H	no	SP		no tiene	no tiene	Juan pablo
Angel Izquierdo Ibañez	N/A	N/A	San Carlos	TI	1062533480	pri	10	M	H	H	no	SP		no tiene	no tiene	angel I
Samuel Mestra Rodriguez	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071355846	pri	12	M	H	H	no	SP		no tiene	no tiene	Samuel
Elizabeth Montiel Montiel	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071357441	pri	9	F	M	H	no	SP		no tiene	no tiene	Elizabeth
Emir Jose florencio padilla	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071375498	pri	9	M	H	H	no	SP		no tiene	no tiene	Emir Jose

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

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

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

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

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

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

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: Capacitación, Asistencia técnica, Diálogo, Reunión.	FECHA:	HORA INICIO: 8:00 AM/PM	HORA FIN:	LUGAR:
CRUE	Imp. de la Actividad Física	Capacitación	06.8.2025	8:00 AM	10:00 AM	IE. Nuestra Señora del P. Socorro

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Maria Angel Petro Medina	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071357083	pri	10	F	M	H	no	SP		No Tiene	No Tiene	maria petro
Kelis Yohana Pineda Beltran	N/A	N/A	San Carlos	TI	1062443703	pri	14	F	M	H	no	SP		No Tiene	No Tiene	kelis pineda
Haider Luis Rivera Cordero	N/A	N/A	San Carlos	TI	1068499116	pri	8	M	H	H	no	SP		No Tiene	No Tiene	Haider
Lauren isabel urrea montes	N/A	N/A	San Carlos	TI	1068670041	pri	10	F	M	H	no	SP		No Tiene	No Tiene	lauren isabel
Santiago Vargas Hernandez	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071355938	pri	12	M	H	H	no	SP		No Tiene	No Tiene	santiago
Isabella Vilaya Espitia	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071356582	pri	11	F	M	H	no	SP		No Tiene	No Tiene	isabella vila
Daniela Lucia Jaramillo Arrieta	N/A	N/A	San Carlos	TI	1068440469	pri	8	F	M	H	no	SP		No Tiene	No Tiene	daniela lucia
Marcos David Mestra Rodriguez	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071355846	pri	8	M	H	H	no	SP		No Tiene	No Tiene.	MARCOS DAVID

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

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

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

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

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

ACTIVIDAD No. 1.19

(Microterritorio Urbano)

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

Nombre de la actividad:

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

Objetivo:

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

Población intervenida:

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

ITEM	FECHA	LUGAR (BARRIO, VEREDA O SITIO)	NUMERO DE PERSONAS	GENERO		RANGO DE EDAD					
				F	M	0 - 5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60
1	14-07-2025	I.E. Nuestra señora del Perpetuo Socorro – Sede Colosiná	20	11	9	0	20	0	0	0	0
2	22-07-2025	I.E. Nuestra señora del Perpetuo Socorro – Sede Colosiná	20	6	14	0	20	0	0	0	0
3	31-07-2025	I.E. María Auxiliadora	20	8	12	0	20	0	0	0	0
TOTAL			**60**	**25**	**35**	**0**	**60**	**0**	**0**	**0**	**0**

Desarrollo de la actividad:

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

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

Jornada de actividad física (2 horas):

Actividades lúdicas y dirigidas con enfoque recreativo:

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

Requerimientos

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

Conclusión:

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

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

JORNADA No. 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Jornada de Promoción de la Actividad Física y Estilos de Vida Saludables en Entornos Educativos Rurales
LUGAR	I.E. Nuestra señora del Perpetuo Socorro – Sede Colosiná
FECHA	14-07-2025
POBLACION INTERVENIDA	Estudiantes de infancia y adolescencia en instituciones educativas del microterritorio urbano.









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

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 11 del mes Julio del año 2025 se reunieron Marlyn Zuley Vertel Echeverry representante de la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro y Katia Yaneth López representante de I.E. Nuestra Sra. del P. Socorro Sede Colegio de la zona Urbano. del municipio de San Carlos con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-009-2025 celebrado entre la ESE Hospital San Francisco y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad Propuesta	Eje/ Dimensión	Fecha Propuesta	Necesidad de Apoyo Logístico	Necesidad de Talento Humano	Observaciones
-charla de sensibilización sobre los beneficios de la actividad física para la salud y de condiciones y estilos de vida saludable - Rumbaterapia, hidratación. -Jornada recreativa	Atención primaria en salud	14 Julio 2025	Agua	licenciada en Educación física Recreación y Deportes	

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

Nombre:	Katia Yaneth López A	Nombre:	Marlyn Vertel Echeverry
Cedula de ciudadanía:	30686760	Cedula de ciudadanía:	1068664075
Entidad:	I.E. Nuestra Sra. del P. Socorro SC	Entidad:	E.S.E. Hosp. San Fco.
Numero de contacto	3108617988	Numero de contacto	3045274211.
Firma:	Katia López	Firma:	Marlyn Vertel E.

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

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: I.E. Nuestra Sra. del P. Socorro Sede Colosina	Hora de Inicio: 8:00 AM
Fecha 14 Julio de 2025	Hora de Finalización: 10:00 AM

Objetivo(s) de la Reunión

Socializar con los estudiantes la importancia de los beneficios de la actividad física para la salud, y los habitos de vida saludable, traen consigo multiples beneficios para la salud FISICA y mental; como control de peso, fortalecimiento oseo y muscular.

Desarrollo de la Reunión

Iniciamos nuestra charla sobre actividad física y los habitos de estilo de vida saludable y sus beneficios para la salud física y mental, incluyendo la prevención de enfermedades cronicas como las cardiovasculares, la diabetes y algunos tipos de cáncer, así como la reducción del riesgo de obesidad, ansiedad y depresión. Ademas con la actividad física y comiendo saludable mejora la calidad del sueño, aumenta los niveles de energia y promueve un estado de animo positivo. seguidamente realizamos circuito con balones, cuerdas y aula; rumba aerobica

Conclusiones

terminamos nuestra actividad de rumba los estudiantes tomaron su hidratacion seguido mente volvimos a la calma con estiramiento

Recomendaciones

los estudiantes, padres de familia y docentes nos recomiendan seguir realizando estas actividades educativas para que sus hijos tomen conciencia de lo importante que es alimentarse sanamente y hacer deporte.

Responsables de la Actividad

Marlyn Zulay Vertel Echeverry