CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagun Fecha: 28-06/25

Yo Yiva maria jiménez lobo certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: Si No acepto:

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Yiva maria jiménez lobo
CC: 1069481258
Firma: Yiva maria jimenez lobo

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Maria felo Hdez
CC: 1069469502
Firma: f. de. Hdez

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1602

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagun Fecha: 28-06/2025

Yo Gloria Jimenez Romero certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

Acepto: Si No acepto

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: GLORIA JIMENEZ ROMERO

CC: 30574350

Firma: gloria

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Darío Simanca

CC: 1047501815

Firma: Ivan Dario S

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagun Fecha: 28-06/25

Yo Diana lopez Romero certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejeria pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoria y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoria post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: Si No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Diana Patricia lopez Romero

CC: 1.069.474.846

Firma: Diana

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Iván Dario Simanca

CC: 1047501815

Firma: Ivan Dario S

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1604

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagun Fecha: 28-06/2025

Yo Elvira Montiel Reyes. certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoria y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoria post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: Si No acepto

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: ELVIRA MONTIEL REYES

CC: 22.800.329

Firma: Elvira Montiel

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca

CC: 1047501815

Firma: Ivan Dario S

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1605

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagun Fecha: 28-06/2025

Yo Ledis Perez Vega certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

Acepto: Si No acepto

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Ledis Perez Vega

CC: 30.566.486

Firma: Ledis Perez Vega

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca

CC: 1047501815

Firma: Ivan Dario S

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1606

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagun Fecha: 28-06-2025

Yo Edinson Almentero Calle certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto X No acepto:

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Edinson Almentero
CC: 15.041.170
Firma: Edinson Almentero

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Ivan Dario S

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagun Fecha: 28-06-2025

Yo Kendri Dayana Nisperuza Tabares certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto Si No acepto

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Kendri Nisperuza Tabares
CC: 1.069.476.119
Firma: Kendris Nisperuza

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Ivan Dario S

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

160

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagun Fecha: 28-06-2025

Yo Katy luz Torres luna certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto ✓ No acepto

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Katy luz Torres luna

CC: 1.069.470.680

Firma: Katy Torres

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ivan Dario Simanca

CC: 1047501815

Firma: Ivan Dario S

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1609

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagun Fecha: 28-06/2025

Yo Camila Salgado Mendoza certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto:

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Camila Salgado Mendoza
CC: 1.669.470.386
Firma: Kamilas.

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Darío Simanca
CC: 1047501815
Firma: Ivan Dario S

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagun Fecha: 28-06/2025

Yo Isela Bravo Garrido certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Isela Bravo Garrido
CC: 1010131835
Firma: Isela Bravo

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Ivan Dario S

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad Sahagun Fecha: 28-06/25

Yo María José Montalvo Madera certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto X No acepto:

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Maria Jose Montalvo Madera

CC: 1.003.198.144

Firma: María José Montalvo

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ivan Dario Simanca

CC: 1047501815

Firma: Ivan Dario S

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagon Fecha: 28-06/25

Yo Elizabeth Rivero Ramos certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto:

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Elizabeth Rivero Ramos
CC: 1.069.468.285
Firma: Elizabeth Rivero R

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ivan Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Ivan Dario S

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagun Fecha: 28-06/25

Yo Maria Ines Salgado Alvarez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: Y No acepto

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Maria Ines Salgado Alvarez.
CC: 1.069.480.381
Firma: Maria Ines Salgado

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Ivan Dario S

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagun Fecha: 28-06-25

Yo Gilma Colorado Mendez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejeria pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoria post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Gilma Colorado Mendez
CC: 1.007.251.976
Firma: Gilma Colorado

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Ivan Dario S

Nota: Las consejerias pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1616

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagun Fecha: 28-06-25

Yo Lorena Hendez Mieles certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto X No acepto

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Lorena Mendez Mieles
CC: 30.567.396
Firma: Lorena Mendez

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ivan Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Ivan Dario S

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1617

CAMU SAN RAFAEL E.S.E.
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Yamaris Ramos, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1007420825, en Representación del JAC, certifico que Mayda e Ivan Simanca realizó Jornada tamizaje para ITS (VIH y Sifilis) en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Sahagun a los 28 días del mes de Junio de 2025

FIRMA: Yamaris Ramos
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1007420825
CELULAR: 311 3423330

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

CAMU SAN RAFAEL E.S.E.

JORNADA 2

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL Evolucionamos por tu salud	ACTA DE CONCERTACIÓN CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025	✓pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 02 del mes Agosto del año 2025 se reunieron Maria Hernandez e Ivan Simanca representante de la ESE CAMU SAN RAFAEL Leany Galeano Villera y _____ representante de Comunidad barrio Simón Bolivar. de la zona Urbana del municipio de SAHAGUN con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° **SS-007-2025** celebrado entre la ESE CAMU SAN RAFAEL y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Jornada de tamizaje para ITS (VIH-sifilis) con enfoque preventivo a Personas entre 15 y 60 años de edad.
Eje/Dimensión	Atención Primaria en Salud.
Fecha propuesta	16-Agosto/2025
Necesidad de apoyo logistico	- Pruebas rapidas Para sifilis. - lancetas. - Prueba rapidas para VIH - Bolsa Residuo negro y Roja. - Algodon - formato de reporte. - contenedor de Residuo infeccioso - guantes - Alcohol - Guardian - preservativos.
Necesidad de talento humano	Enfermera Médico.
Observaciones	

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

Nombre:	Leany Galeano Villa	Nombre:	Maria Fda Hdez.
Cedula de ciudadania:	30588022 Sgte	Cedula de ciudadania:	1069405082
Entidad:	Ucler	Entidad:	ESE CAMU SAN RAFAEL
Numero de contacto	3024642634	Numero de contacto	3003669190
Firma:	Leany Galeano V.	Firma:	Maria Fda Hdez.

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: SIMON BOLIVAR	Hora de Inicio: 9:00 am
Fecha: 16-Agosto/2025	Hora de Finalización: 11:00 am

Objetivo(s) de la Reunión

fortalece la salud pública y el bienestar de la comunidad a través de jornada de tamizaje para ITS (VIH y sífilis) con enfoque preventivo.

Desarrollo de la Reunión

1- saludo y Presentación
2-objetivo de la Reunión
3- Metodología de la Actividad: Se realiza jornada de tamizaje para ITS específicamente VIH y Sífilis, a personas entre 15 y 60 años de edad, se garantiza la asesoría Pre y Post prueba y la entrega de preservativos a las personas que acceden a las pruebas, Además se diligencia consentimiento informado y reporte de resultados. No se encontraron resultados Reactivos.

Conclusiones

Se llevo a cabo la jornada de tamizaje con exito donde los participantes manifestaron sus dudas las cuales fueron resueltas.

Recomendaciones

Responsables de la Actividad

Rafael Arteaga
1009165082
Enfermera

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: JORNADA DE TAMISAJE PARA ITS

DIA:	16	MES:	AGOSTO	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	B/ SIMON BOLIVAR	ZONA:	URBANA

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	POBLACION GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Edwin Urango	CC	1038411790	3235407324	18	H	M								X	X				Y			X		Edwin Urango.
2	Kennys Sierra	CC	1102121175	3004664092	33	M	F								X	X			X			X	X		Kennys Sierra
3	Eva Sandrith Viera	CC	1007183281	3001888823	26	M	F								X	X				X			X		Eva Viera.
4	Dagoberto Delgado	CC	1192891997	3107022725	25	H	M								X	X			X			X	X		Dagoberto D.
5	Lairis Pacheco	TI	1069483065	3245334049	16	H	F								X	X				X			X		Lairis Pacheco
6	Yaira A. Contreras	CC	1069494338	3244909122	19	M	F								X	X				X			X		Yaira Contreras.
7	Mariana Salazar	TI	1069789183	3238259952	17	M	F								X	X				X			X		Mariana Salazar
8	Cesar Ortiz	CC	1072251831	3043108173	24	H	M								X	X			X			X	X		Cesar Ortiz
9	Farlys Alvarez	CC	1069494207		18	M	F								X	X				X			X		Farlys Alvarez
10	Yoleidys Blanco	CC	1100604840	3216532763	19	M	F								X	X				X			X		Yoleidys Blanco

1621

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: JORNADA DE TAMISAJE PARA ITS

DIA:	16	MES:	AGOSTO	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	B/ Simon Bolivar	ZONA:	URBANA

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Leanis peralta	cc	1100665374	3223715 99	19	M	F								X	X				X			X		Leanis Peralta
2	Jhonath polo Fonseca	cc	37750616	3017729336	45	M	F								X	X			X			X	X		Juan Polo F.
3	Daniela Jimenez	TI	1069481634	3293572572	17	M	F								X	X				X			X		
4	Luisa Ramirez	cc	1064310295	3127690816	20	M	F								X	X				X			X		Luisa Ramirez
5	Delcy Guerra	cc	1003501254	3045956974	23	M	F								X	X				X			X		
6	Camila coronado	cc	1003408255	3246154542	24	M	F								X	X				X			X		Camila Coronado
7	Diany Guzman	cc	3057932	3013329295	50	M	F								X	X			X			X	X		DIANY GUZMAN
8	Libsa Montiel Perez	TI	1069481570	3233032080	18	M	F								X	X				X			X		Libsa Montiel
9	Carlina Ramos Perez	cc	1069483657	3103692048	35	M	F								X	X			X			X	X		CarlinaRamos
10	Jhoana Maria Arteaga M.	CC	1069475791		18	M	F								X	X				X			X		Jhoana A.M.

2291

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: JORNADA DE TAMISAJE PARA ITS

DIA:	16	MES:	AGOSTO	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	B/ SIMON BOLIVAR	ZONA:	URBANA

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Melanie Diaz	CC	1143882845	3004118837	27	M	F						X		X		X		X				X		Melanie Diaz.
2	AURA MEDRANO	CC	1.061.607.036	3004733380	78	M	F						X		X		X		X				X		
3	Yuliana Peña Bello	CC	1003157844	3105412715	24	F	M								X	X			X			X	X		Yuliana Peña
4	CINIA CALLE	CC	1003444513	3113405886	29	F	M								X	X			X			X	X		CINIA CALLE
5	Sindy Benitez	CC	1069449159	3043345329	29	F	M								X	X				X			X		Sindy Benitez
6	Melissa Hoyos	CC	1069460123	3019016691	27	F	M								X	X				X			X		Melissa Hoyos
7	Noyelis Pomares	CC	1003508880	3004969991	25	F	M								X	X				X			X		Noyelis Pomares
8	Valentina Vergara	C.C	1069467291	3043255855	20	F	M								X	X				X			X		Valentina Vergara
9	Karla Lastre Barrios	T.I	1104011608	3135539049	17	F	M								X	X				X			X		Karla Lastre.
10	Julia Camilo M.	CC	1005677161	3244197	26	M	M								X	X				X			X		

1625

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: Atención Primaria en Salud
ACTIVIDAD: Jornadas de tamizaje para ITS (VIH y sífilis), con enfoque preventivo a personas entre 15 y 60 años de edad. 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.

Lugar:	Barrio Simón Bolivar
Fecha:	
Personas Intervenidas:	30 Personas

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.













1626

E.S.E CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede _____

Paciente Edwin Orango Julio — Sexo M — Edad 18

Id CC 1038111790 — Fecha 6/8/25

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL — Entidad Nueva EPS

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	No Reactiva	1120 V3E03
FECHA VENCIMIENTO	01-12/2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	No Reactiva	0910 V6E020
FECHA VENCIMIENTO	17-09/2026	

REALIZADO POR: Ivan Simanca

CARGO: Medico

ID: 1047501815

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por la salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede _____

Paciente Kenis Isabel sierra — Sexo F — Edad 33

Id CC 1102127175 — Fecha 16/08/26

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL — Entidad Cajacopi

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	No Reactivo	F 1120V3E03
FECHA VENCIMIENTO	01-12/2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	No Reactiva	F 0910V6E020
FECHA VENCIMIENTO	17-09/2026	

REALIZADO POR: Ivan Simanca

CARGO: Medico

ID: 1.047.501815

1628

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede _____

Paciente Eva S. Viera

Sexo F Edad 26

Id cc 1007183287

Fecha 16/8/25

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL

Entidad Mutualser

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	No Reactiva	1120V3E03
FECHA VENCIMIENTO	01-12/2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	No Reactiva	0910V6E020
FECHA VENCIMIENTO	17-09/2026	

REALIZADO POR: Ivan Simanca

CARGO: Medico

ID: 1047.501.815

1629

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede _____

Paciente Dagoberto Delgado

Sexo M Edad 25

Id CC 1192841997

Fecha 16-08/2025

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL

Entidad Nueva EPS

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	No Reactivo	F 1120V3E03
FECHA VENCIMIENTO	01-12/2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	No Reactivo	F 0910V6E020
FECHA VENCIMIENTO	17-09/2026	

REALIZADO POR: Ivan Semanca

CARGO: Medico

ID: 1.047.501.815

1630

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede _____

Paciente Laurys pacheco

Sexo F Edad 16

Id TI 1069483065

Fecha 16/08/2025

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL

Entidad Mutual Ser

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	No Reactiva	F 1120V3E03
FECHA VENCIMIENTO	01-12/2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	No Reactiva	F 0910V6E020
FECHA VENCIMIENTO	17-09/2026	

REALIZADO POR: Ivan Simanca

CARGO: Medico

ID: 1.047.501.815

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede _____

Paciente Yaira A Contreras

Sexo F Edad 19

Id cc 1069474338

Fecha 16/8/25

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL

Entidad Mutual ser

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	NO Reactiva	1120V3E03
FECHA VENCIMIENTO	01-12/2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	NO Reactiva	0910V6E020
FECHA VENCIMIENTO	17-09/2026	

REALIZADO POR: Ivan Simanca

CARGO: medico

ID: 1.049.509.813

1632

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede _____

Paciente Mariana Solarzar — Sexo F — Edad 17

Id TI 1063789183 — Fecha 16/08/2025

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL — Entidad coosalud.

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	No Reactiva	F 1120 V3E03
FECHA VENCIMIENTO	01-12/2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	No Reactiva.	F 0910 V6E020
FECHA VENCIMIENTO	17-09/2026	

REALIZADO POR: Ivan Simanca

CARGO: Medico

ID: 1047501815

1632

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede _____

Paciente cesar Ocon

Sexo M Edad 24

Id cc 1072251839

Fecha 16/08/2025

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL

Entidad Cajacopi

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	No Reactivo	F 1120V3E03
FECHA VENCIMIENTO	01-12/2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	No Reactivo	F 0910V6E020
FECHA VENCIMIENTO	17-09/2026	

REALIZADO POR: Wan Simanca

CARGO: medico

ID: 1.047.5.01815

1634

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

pic

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede _____

Paciente Farlys Alvarez Sexo M Edad 18

Id N° 1069 474 207 Fecha 16/08/26

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL Entidad Cajacopi

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	No Reactivo	F1120V3E03
FECHA VENCIMIENTO	01-12/2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	No Reactivo	F091006E020
FECHA VENCIMIENTO	17-09/2026	

REALIZADO POR: Wan Simanca

CARGO: medico

ID: 1.047.501.815

1635

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Enfocándonos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede _____

Paciente Yaleidys Blanco

Sexo F Edad 19

Id CC 1100664840

Fecha 26/8/25

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL

Entidad Mutualser

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	NO Reactiva	1120 V3 E03
FECHA VENCIMIENTO	01-12/2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	NO Reactiva.	0910 V6 E020
FECHA VENCIMIENTO	17-09/2026	

REALIZADO POR: Wan Simanca

CARGO: medico

ID: 1.047.501.815

1636

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede _____

Paciente Leanis Pertuz Sexo F Edad 19

Id 1100685374 Fecha 16/08/25

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL Entidad Cayacopi

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	No Reactiva	1120 V3E03
FECHA VENCIMIENTO	01-12/2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	No Reactiva	0910 V6E020
FECHA VENCIMIENTO	17-09/2026	

REALIZADO POR: Wam Simanca

CARGO: medico

ID: 1.049.501913

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede _____

Paciente Ivoneth polo

Id cc 37750616

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL

Sexo F Edad 45

Fecha 16/08/2025

Entidad Nueva EPS.

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	No Reactivo	# 1120V3E03
FECHA VENCIMIENTO	01-12/2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	No reactivo	# 0910V6E020
FECHA VENCIMIENTO	17-09/2026	

REALIZADO POR: Wan Simanca

CARGO: medico

ID: 1.047.501.915

1638

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede _____

Paciente Daniela Jimenez

Sexo F Edad 17

Id TI 1069481634

Fecha 16/08/25

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL

Entidad Mutualser

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	No Reactiva	1120V3E03
FECHA VENCIMIENTO	01-12/2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	No Reactiva	0910V6E020
FECHA VENCIMIENTO	17-09/2026	

REALIZADO POR: Ivan Simanca

CARGO: Medico

ID: 1.047.501.813

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede _____

Paciente Luisa Ramirez Mieles. Sexo F Edad 20 años

Id 1.064.310.295 Fecha 16-08/25

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL Entidad Mutual Ser

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	No Reactivo.	F1120V3E03
FECHA VENCIMIENTO	01-12-2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	NO Reactivo.	F0910V6E020
FECHA VENCIMIENTO	17-09/2026	

REALIZADO POR: _____

CARGO: Enfermero

ID: 1064310295.

1640

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

Evidenciamos por la salud

pic

Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede _____

Paciente Delcy Guerra Sexo F Edad 23

Id CC 1003501254 Fecha 16/08/25

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL Entidad Mutualser

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	No Reactiva	F1120V3E03
FECHA VENCIMIENTO	01/12/26	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	No Reactiva	F0910U6E02D
FECHA VENCIMIENTO	17/09/26	

REALIZADO POR: Iván Simanca

CARGO: MEDICO

ID: 1.047.501.815

1691

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede _____

Paciente Camila coronado

Sexo F Edad 24

Id cl 1003408255

Fecha 16-08-2025

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL

Entidad Nueva EPS.

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	No Reactiva	# 1120V3E03
FECHA VENCIMIENTO	01-12/2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	No Reactiva	# 0910V6E020
FECHA VENCIMIENTO	17-09/2026	

REALIZADO POR: Ivan Simanca

CARGO: Medico

ID: 1.047.501.815

16 42

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evitabilidad por la salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede _____

Paciente Diany Guzman Sexo F Edad 50

Id CC 1.305.72.932 Fecha 16/8/25

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL Entidad Nueva E.P.S

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	No Reactiva	1120 V3 E03
FECHA VENCIMIENTO	01-12/2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	No Reactiva	0910 V6 E020
FECHA VENCIMIENTO	17-09/2026	

REALIZADO POR: Ivan Simanca

CARGO: Medico

ID: 1.047.504.815

1643

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CORDOBA

RESULTADOS

Sede _____

Paciente Libia Sofia Montiel. Sexo F Edad 18

Id TI 1069487570 Fecha 26/8/25

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL Entidad Nueva EPS

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	No Reactiva	F 1120V3E03
FECHA VENCIMIENTO	01-12/2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	No Reactiva	F 0910V6E020
FECHA VENCIMIENTO	17-09/2026	

REALIZADO POR: Ivan Simanca

CARGO: Medico

ID: 1.047.501.915

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede _____

Paciente Carlina Parras Paez

Sexo F Edad 35

Id 1.069.483.637.

Fecha 16/08/25

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL

Entidad coosalud.

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	NO reactivo.	F1120V3E03
FECHA VENCIMIENTO	01-12/2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	NO Reactivo.	F0910V6E020
FECHA VENCIMIENTO	17-09-2026	

REALIZADO POR: Ivan Simanca

CARGO: Medico

ID: 1.047.501.815

16 45

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede _____

Paciente Jhoana Arteaga

Sexo F Edad 18

Id CC 1069475791

Fecha 16/08/2025

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL

Entidad Nueva EPS

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	No Reactivo	1120V3803
FECHA VENCIMIENTO	01-12/2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	No Reactiva	F0910V6E020
FECHA VENCIMIENTO	17-09/2026	

REALIZADO POR: Ivan Simanca

CARGO: medico

ID: 1.047.501.915

1646

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

pic

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede _____

Paciente Melany Diaz

Id CC 1118808242

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL

Sexo F Edad 21

Fecha 16/08/2025

Entidad Casacopi

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	No Reactiva	F1120V3E03
FECHA VENCIMIENTO	01-12/2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	No Reactiva	F0910V6E020
FECHA VENCIMIENTO	17-09/2026	

REALIZADO POR: Idah Simanca

CARGO: Medico

ID: 1.047.501.815

1647

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Relacionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede _____

Paciente Aura Medrano

Id CC 1064607066

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL

Sexo F Edad 18

Fecha 16/08/2025

Entidad Metrosalud

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	No Reactiva	F 1120 V3 E03
FECHA VENCIMIENTO	01-12/2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	No Reactivo	F 0910 V6 E020
FECHA VENCIMIENTO	17-09/2026	

REALIZADO POR: Ivan Simanca

CARGO: Médico

ID: 1.047.501.815

1648

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede _____

Paciente Yuliana perea **Sexo** F **Edad** 29

Id CC 1003157944 **Fecha** 16/08/2025

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL **Entidad** Mutual ser

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	No Reactiva	F 1120V3E03
FECHA VENCIMIENTO	04-12/2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	17-09/2026	F 0910V66020
FECHA VENCIMIENTO	No Reactiva	

REALIZADO POR: Ivan Simanca

CARGO: Medico

ID: 1.047.501.815

1649

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede _____

Paciente Jhon Calle

Sexo M Edad 29

Id 1003 999 873

Fecha 16/08/2025

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL

Entidad Nueva EPS

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	No Reactiva	# 1120 V 3E 03
FECHA VENCIMIENTO	04-12/2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	No Reactiva	# 0910 V 6E 020
FECHA VENCIMIENTO	17-09/2026	

REALIZADO POR: Jhon Simanca

CARGO: medico

ID: 1.047.501.815

1651

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede _____

Paciente Melissa Hoyos

Sexo M Edad 21

Id CC 1069.464123

Fecha 16/08/2025

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL

Entidad Metrosalser

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	No Reactiva	# 1120V3E03
FECHA VENCIMIENTO	01-12/2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	No Reactiva	# 0910V6E020
FECHA VENCIMIENTO	17-09/2026	

REALIZADO POR: Ivan Simanca

CARGO: medico

ID: 1.047.501.815

1652

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Enfocándonos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede _____

Paciente Nayelis Ramirez

Sexo H Edad 25

Id el 1003500880

Fecha 16/08/2025

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL

Entidad ANAS Wayuu EPSI

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	No Reactivo	F 1120 V3 E03
FECHA VENCIMIENTO	01-12/2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	No Reactiva.	F 0910 V6 E020
FECHA VENCIMIENTO	17-09/2026	

REALIZADO POR: Ivan Simanca

CARGO: medico

ID: 1.047.501.815

1653

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede _____

Paciente Valentina Vargas

Sexo F Edad 20

Id CC 1069467259

Fecha 16/08/2025

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL

Entidad Cafasopi

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	No Reactivo	F 1120 V3 E03
FECHA VENCIMIENTO	01-12/2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	No Reactiva	F 0910 V6 E020
FECHA VENCIMIENTO	17-09/2026	

REALIZADO POR: Evan Simanca

CARGO: medico

ID: 1.047.501.815

1654

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede _____

Paciente Karla Sastre

Id TI 1104011608

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL

Sexo F Edad 17

Fecha 16/08/2025

Entidad EPS Familiar de Colombia SAS.

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	No Reactivo	# 1120 V3 E03
FECHA VENCIMIENTO	01-12/2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	No Reactivo	# 0910 V6E020
FECHA VENCIMIENTO	17-09/2026	

REALIZADO POR: Ivan Simanca

CARGO: Medico

ID: 1.047.501815

1655

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede _____

Paciente Juan Camilo Arroyo

Sexo M Edad 26

Id cc 1005677101

Fecha 16/08/2025

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL

Entidad EPS Familiar de Colombia SAS

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	No Reactivo	F-1120V3E03
FECHA VENCIMIENTO	01-12/2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	No reactivo	F-0910V6E020
FECHA VENCIMIENTO	17-09/2026	

REALIZADO POR: Ivan Simanca

CARGO: medico

ID: 1.047.501.815

1656

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún Fecha: 6/8/2025

Yo Edwin Orango Julio certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoria y que según su compromiso, ella también me brindara una buena asesoria post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregaran mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

Acepto X No acepto

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Edwin Orango.
CC: 1038777790
Firma: Edwin Orango

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ivan Simarca
CC: medico
Firma: 1.047.501.813

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1657

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún Fecha: 16/8/2025

Yo Kennys Sierra B. certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Kennys Sierra Basilio
CC: 1.102.121.725
Firma: Kennys Sierra

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ivan Simanca
CC: medico
Firma: 1.047.501.815

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún Fecha: 16/8/2025

Yo Eva Sandrid Viera certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Eva Viera

CC: 1007183281

Firma: Eva Viera

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ivon Simanca

CC: medico

Firma: 1.047.501.815

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de consejería a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún Fecha: 16/8/25

Yo Dagoberto Delgado certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto:

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Dagoberto Delgado Nieto
CC: 1192891997
Firma: Dagoberto D.

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ivan Simanca
CC: medico
Firma: 1.067.501.815

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1660

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún Fecha: 16/8/25

Yo Lauris pacheco certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Lauris pacheco
CC: TI 1009458306 5
Firma: Lauris pacheco

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Ivan simanca
CC: medico
Firma: 1.049.501.815

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1661

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún Fecha: 16/8/25

Yo Yaira A Contreras. certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que segun su compromiso, ella también me brindara una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregaran mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH

Acepto X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Yaira Contreras.
CC: 1069474338
Firma: Yaira Contreras.

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Ivan Simanca
CC: medico
Firma: 1.047.501.815

Nota: Las consejerías pre y post-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún Fecha: 16/8/25

Yo Mariana Salazar certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Mariana salazar tchavarria.
CC: T.I 1063989183
Firma: Mariana Salazar.

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ivan Simanca
CC: medico
Firma: 1.042.501.815

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún Fecha: 16/8/25

Yo Cesar Jose Olea certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Cesar Jose Olea Castillo.
CC: 1.072.251.839.
Firma: Cesrolea.

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ivan Simanca
CC: medico
Firma: 1.047.501815

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1669

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: _____ Fecha: _____

Yo Faolys Alvarez _____ certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Faolys Alvarez Garavito

CC: 1069474207

Firma: _____

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ivan Simanca

CC: Medico

Firma: 1.097.501.815

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún Fecha: 16/8/25

Yo Yaleidys Blanco certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindara una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregaran mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

Acepto X No acepto ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Yoleidys Blanco
CC: 1100664840
Firma: Yoleidys Blanco

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ivan Simanca
CC: medico
Firma: 1 MP. 501815

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún Fecha: 16/8/25

Yo Leanis peralta certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindara una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

Acepto X No acepto ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Leanis Peralta
CC: 1100685374
Firma: Leanis Peralta

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Simanca
CC: medico
Firma: 1.047.501.915

Nota: Las consejerías pre y post-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún Fecha: 6/8/25

Yo Ivoneth Polo certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregaran mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Ivoneth Polo Fonseca.
CC: 37.750.616.
Firma: Ivon Polo F.

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ivan Simanca
CC: Medico
Firma: 1067.501.815

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1669

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún Fecha: 16/8/25

Yo Daniela Jimenez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

Acepto X No acepto _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Daniela Jimenez

CC: TI 1069487634

Firma:

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ivan Simanca

CC: medico

Firma: 1.047.501.815

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún Fecha: 26/8/25

Yo Luisa Ramirez Nieles certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregaran mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto X No acepto

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Luisa Ramirez Nieles
CC: 1064310295
Firma: Luisa.

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Jimanca
CC: Médico
Firma: 1.047.501.813

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectados con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1670

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún Fecha: 14/8/25

Yo Delcy Guerra certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindara una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregaran mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

Acepto X No acepto ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Delcy María Guerra Galindo
CC: 1003 501 234
Firma:

Firma del asesor que realizo la consejería:

Nombre: Ivan Simanca
CC: medico
Firma: 1.047.501.815

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún Fecha: 26/8/25

Yo Camila Coronado certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto:

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Camila Coronado
CC: 1003408255
Firma: Camila Coronado

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Juan Semanero
CC: MEDICO
Firma: 1.047.501.815

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1672

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún Fecha: 16/8/25

Yo Diany Guzman. certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto X No acepto ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: DÍANY Guzmán

CC: 30 572 932

Firma: DÍANY Guzmán

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ivan Somarca

CC: MEDICO

Firma: 1.047. 501.815

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1673

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad Sahagún Fecha: 16/8/25

Yo Libia Montiel certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán nus resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH

Acepto X No acepto ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Zibia Montiel

CC: TI 1069481570

Firma: Zibia Montiel

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ivan Jumanca

CC: Medico 1.047.301.815

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1674

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún Fecha: 16/8/25

Yo Carlina Ramos certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Carlina Marcela Ramos Pérez

CC: 1069483637

Firma: Carlina Ramos

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ivan Simanca

CC: medico

Firma: 1.077.501.815

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún Fecha: 16/8/25

Yo Jhoana Mª Arteaga certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Jhoana María Arteaga Mercado

CC: 1064 475 791

Firma: Jhoana A.M

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ivan Simanca

CC: medico

Firma: 1.047.501.815

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

ESE CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún Fecha: 16/08/2025

Yo Melannie Diaz certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Melannie Yidel Diaz López.
CC: 1118808242.
Firma: Melannie Diaz.

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Evan Simanca
CC: medico
Firma: 1.049.501.815

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1677

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún Fecha: 16/08/2025

Yo Aura Medrano certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto:

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: AURA ELENA MEDRANO MORALES.
CC: 1.069.601.066
Firma:

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: IVAN Serranca
CC: medico
Firma: 1.049.561.815

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1679

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún Fecha: 16/8/25

Yo Lina Calle certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: LINA CALLE

CC: 1003 999 873

Firma: LINA CALLE

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ivan Simanca

CC: Medico

Firma: 1.047.501.815

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1680

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún Fecha: 14/8/25

Yo Melissa Hoyos certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tornarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto X No acepto ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Melissa Cristina Hoyos Alvarez
CC: 1069464123
Firma: MelisHoyos

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ivan Simanca
CC: medico
Firma: 1.047.501.815

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1681

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún Fecha: 16/8/25

Yo Sindy Benitez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto X No acepto

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Sindy Paola Benitez Lyons

CC: 1069499109

Firma: Sindy Benitez

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Ivan Samanca

CC: medico

Firma: 1.047.501.815

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1682

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún Fecha: 16/8/25

Yo Nayelis Ramos certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Nayelis Ramos

CC: CC 1003500880

Firma: Nayelis Ramos

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Simanca

CC: Medico

Firma: 1.049.501.815

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1683

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún Fecha: 16/8/25

Yo Valentina Vergara certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones

Que he recibido consejeria pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoria y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Valentina Vergara

CC: 1069467259

Firma: Valentina Vergara

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Ivan Simanca

CC: medico

Firma: 1.047.501.815

Nota: Las consejerias pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y renlizar actividades de asesoria a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1684

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún Fecha: 16/8/25

Yo Karla Lastre certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Karla Lastre Barios

CC: 1104011608

Firma: Karla Lastre Barios.

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Wansimanca

CC: Medico

Firma: 1.047.501.815

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1685

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: sahagún Fecha: 16/8/25

Yo Juan Camilo Arroyo certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Juan Camilo Arroyo Suarez
CC: 1005677101
Firma: J. Ca A.

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ivan Srmanca
CC: medico
Firma: 1.047.501.815

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1686

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Leany Galeano Villeru, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 30568022, en Representación del a Comunidad, certifico que Enfermera y Médico realizó jornada tamizaje VIH-SIFILIS. en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Sahagun a los 16 días del mes de Agosto de 2025

FIRMA: Leany Galeano Villeru
CEDULA DE CIUDADANÍA: 30568022 Sfgá
CELULAR: 3024642634

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

CAMU SAN RAFAEL E.S.E.

TAMIZAJE DE ITS (VIH – SIFILIS)

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

ZONA RURAL

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL Evolucionamos por tu salud	ACTA DE CONCERTACIÓN CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025	✓pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud	GOBERNACIÓN CÓRDOBA

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El dia 23 del mes Mayo del año 2025 se reunieron Isabel Meza y Sarai Beltran representante de la ESE CAMU SAN RAFAEL y Luis Estrada Lara representante de Junta de acción comunal las llanadas de la zona rural del municipio de SAHAGUN con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° **SS-007-2025** celebrado entre la ESE CAMU SAN RAFAEL y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Tamizaje para ITS (VIH y sifilis) a personas entre 15 y 60 años de edad, con asesoria pre y post test además se entregaran 5 preservativos a las personas que acudan a la prueba. se garantiza confidencialidad.
Eje/Dimensión	Atención primaria en salud
Fecha propuesta	21- de junio- 2025
Necesidad de apoyo logistico	pruebas rapidas para sifilis y VIH algodon, Guantes, Guardian, Bolsa roja y negra, papeleria necesaria, alcohol, preservativos
Necesidad de talento humano	Enfermera y Médico
Observaciones	Seguir con las jornadas continuamente en la zona rural, ya que muchas de las personas atendidas manifestaron querer su atención en forma directa en La region las llanadas

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

Nombre:	Isabel Meza Cataño	Nombre:	Luis Estrada Lara
Cedula de ciudadania:	30571291	Cedula de ciudadania:	1.059.478.358
Entidad:	ESE CAMU SAN RAFAEL	Entidad:	JAC
Numero de contacto	3012085409	Numero de contacto	3114293442
Firma:		Firma:	

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

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Polideportivo las llanadas	Hora de Inicio: 3:00 pm
Fecha: 21 de junio de 2025	Hora de Finalización: 7:00pm

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar jornada de tamizaje para ITS (VIH y sifilis), dirigido a personas entre 15 y 60 años, con el fin de hacer enfoque preventivo ante estas enfermedades, y poder determinar de forma oportuna el diagnóstico de estas infecciones para poder remitir garantizando en la poblacion la asesoría pre y post prueba y acompañamiento en el proceso.

Desarrollo de la Reunión

El día de junio del año 2025 a las 3:00pm se inicia jornada de Tamizaje para ITS(VIH y sifilis) en la poblacion de las llanadas, previo anuncio de la actividad por medio de perifoneo e invitacion casa a casa, nos reunimos en el lugar acordado el polideportivo de las llanadas, la jornada transcurrió satisfactoriamente, se realizaron muestras de VIH y SIFILIS, donde primero se explica por medio de rotafolio aspectos generales de las enfermedades y lo efectivo de realizar las pruebas diagnosticas, al igual se explica y se diligencia el consentimiento firmado por cada usuario que voluntariamente accede a la realizacion de la prueba, se entrega resultados con datos precisos y se direcciona si es el caso a la consulta medica en la ESE CAMU SAN RAFAEL o a su centro de atencion de IPS.

Conclusiones

Al finalizar la jornada se observó que la poblacion mostró interes por conocer su condicion de salud y participacion, se logro el objetivo de la jornada, se pudieron realizar el número de la meta de la actividad

Recomendaciones

Se recomienda a la comunidad y a las entes de salud seguir capacitando y realizando estas actividades, ya que en conjunto se logrará una comunidad consciente de los beneficios del autocuidado de su salud.

Responsables de la Actividad

Sara Beltran
-Médico-
PIC 2025

Isabel Meza Catalan
-Enfermera-
PIC 2025

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	POLIDEPORTIVO LAS LLANADAS
Fecha:	21 DE JUNIO DE 2025
Personas Intervenidas:	POBLACION EN GENERAL

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.









E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por la salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atención primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de Tamizaje para ITS (VIH y Sífilis)

DIA:	27	MES:	Junio	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	polideportivo principal las llanadas	ZONA:	rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Luis Carlos Ricardo	cc	1069480988	3016272417	35	M									x		x			x			x		
2	Yenis polo pinto	cc	30579439	3128434087	44	F									x	x				x			x		
3	Yenis pacheco pinto	cc	1069482058	3018101066	21	F									x	x				x			x		
4	Olga Velasquez	cc	1001672409	3105592058	32	F									x		x			x			x		
5	Pedro Ruiz Lions	cc	10820400	3146403073	40	M									x		x			x			x		
6	Oddeidis mejia	cc	30575608	3001312863	48	F									x	x				x			x		
7	Dorbys Mejia Martinez	CC	78763367	3008289655	43	M									x	x				x			x		
8	Marisol Escobar Sanchez	T.I	1102120514	3145296543	16	F									x	x				x			x		
9	Jose pereira Meza	CC	78763220	3105592052	45	M									x		x			x			x		
10	Shelcin pacheco	cc	1069471455	3243036746	25	F									x	x				x			x		

1693

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atencion Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de Tamizaje para ITS (VIH y Sífilis)

DIA:	21	MES:	Junio	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Polideportivo principal las llanadas	ZONA:	rural

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.	Luis estrada Laro	cc	1069479358	3114272442	36	M									X		X		X			X	X		
2.	Silvia mercado Dominguez	cc	22868128	3107143144	43	F									X	X				X			X		
3	Rosa mercado dominguez	cc	30528616	3116999128	45	F									X	X				X			X		
4	Oscar Vivero Gomez	cc	9142777	3116884466	59	M									X	X				X			X		
5	Merkelen Gomez	cc	1003408580	3007095052	24	F									X	X				X			X		
6	Emiliano Arrieta Alvarez	cc	1503641341	3022547865	59	M									X	X				X			X		
7	Luis Dominguez Garcia	cc	73211295	3005127038	40	M									X	X				X			X		
8	Lubis montiel Herrera	cc	64561581	3007970731	54	F									X	X				X			X		
9	Faneth Mejia Diaz	cc	1193228652	3146378202	23	F									X	X				X			X		
10	FABIAN VILLAR	cc	1069479390	3137427737	36	F									X	Y				X			✓		

1691

Sabanasalud Sahagun S.A.S
NIT. 900.398.151-7

FUNDACION CONVIVENCIA
NIT: 900075671 - 9
"AL SERVICIO DE LAS COMUNIDADES"

CORPORACION TECNICA SISTEMATIZADA DEL MAGDALENA
COTESMAG
NIT. 39 09 6 470-2

CERTIFICA QUE

SARAY SOFÍA BELTRÁN GÓMEZ

CC. 1.068.664.432

Realizó el curso de

MANEJO DE PRUEBAS POINT OF CARE

TESTING POCT

Con una intensidad horaria de 20 horas

Ley 115 de 1994 y el decreto 1075 del 2015 y el concepto 168054 del 28 de julio de 2022 del Ministerio de Educación Nacional - Educación informal. Para Constancia de ello se firma en la Ciudad de Sincelejo, Departamento de Sucre a los (01) días, del mes de Mayo del año 2025

LEIDYS HERNANDEZ PADILLA
Bacterióloga

Alberto Arroyo G.
ALBERTO ARROYO G
Rep. Legal - F. Convivencia

YAJAIRA LOPEZ GARCIA
Directora Cotesmag

Sabanasalud Sahagun S.A.S
NIT. 900.398.151-7

FUNDACION CONVIVENCIA
NIT: 900075671 - 9
"AL SERVICIO DE LAS COMUNIDADES"

CORPORACION TECNICA SISTEMATIZADA DEL MAGDALENA
COTESMAG
NIT. 39 096 470-2

CERTIFICA QUE

ISABEL CRISTINA MEZA CATALAN

CC. 30.571.291

Realizó el curso de

MANEJO DE PRUEBAS POINT OF CARE

TESTING POCT

Realizó la actualización del curso de 20 horas

Ley 115 de 1994 y el decreto 1075 del 2015 y el concepto 168054 del 28 de julio de 2022 del Ministerio de Educación Nacional - Educación informal. Para Constancia de ello se firma en la Ciudad de Sincelejo, Departamento de Sucre a los (04) días, del mes de Junio del año 2025

LEIDYS HERNANDEZ PADILLA
Bacterióloga

Alberto Arroyo G
ALBERTO ARROYO G
Rep. Legal - F. Convivencia

YAJAIRA LOPEZ GARCIA
Directora Colesmag

1695

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede las Llanadas.

Paciente Oscar Viveros Gómez **Sexo** M **Edad** 59

Id 9142777 **Fecha** 21-6-2025

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL **Entidad** Pic rural 2025

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	Negativo	0000854549
FECHA VENCIMIENTO	20-02-2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	Negativo	F-0910V6E02D.
FECHA VENCIMIENTO	17-09-2026	

REALIZADO POR: Isabel Meza C

CARGO: Enfermera.

ID: 30571291

1696

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede la llanada

Paciente Emiliano Arrieta **Sexo** M **Edad** 59

Id 15036434 **Fecha** 21-6-2025

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL **Entidad** Pic rural 2025

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	Negativo	0000854549
FECHA VENCIMIENTO	20-02-2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	Negativo	F0910V6E02D
FECHA VENCIMIENTO	17-09-2026	

REALIZADO POR: Isabel Meza C

CARGO: Enfermera

ID: 30571291

1697

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

Gobernación de CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede las llanadas.

Paciente Rosa Mercado D **Sexo** F **Edad** 45

Id 30578 616 **Fecha** 21-6-2025

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL **Entidad** RC rural 2025

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	Negativo	0000854549
FECHA VENCIMIENTO	20-02-2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	Negativo	F0910V6602D.
FECHA VENCIMIENTO	17-09-2026	

REALIZADO POR: Isabel Meza C

CARGO: Enfermera.

ID: 30571291

1698

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede las llanadas

Paciente Silvia Morrado D. Sexo F Edad 43

Id 22868128 Fecha 21-6-2025

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL Entidad Pic rural 2025

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	Negativo	0000854579
FECHA VENCIMIENTO	20-02-2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	Negativo	F0910V6E02D
FECHA VENCIMIENTO	17-09-2026	

REALIZADO POR: Isabel Meza @

CARGO: Enfermera

ID: 30571291

1699

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede las llanadas

Paciente shelcin Pacheco

Id 1069471455

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL

Sexo F Edad 25

Fecha 21-6-2025

Entidad PIC rural 2025

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	Negativo	0000854549
FECHA VENCIMIENTO	20-02-2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	Negativo	F0910V6E020
FECHA VENCIMIENTO	17-09-2026	

REALIZADO POR: Isabel Meza C

CARGO: Enfermera

ID: 30571291

1700

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede Las Llanadas

Paciente Luis Estrada Jara Sexo M Edad 36

Id 1069475355 Fecha 21-6-2025

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL Entidad PIC anual 2025

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	Negativo	0000854549
FECHA VENCIMIENTO	20-02-2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	Negativo	F-0710V6E02D.
FECHA VENCIMIENTO	17-09-2026	

REALIZADO POR: Isabel Meza C

CARGO: Enfermera

ID: 30571291

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede las llanadas.

Paciente José Pereira H **Sexo** H **Edad** 45

Id 787-63220 **Fecha** 21-6-2025

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL **Entidad** Pic rural 2025

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	Negativo	0000854SV9
FECHA VENCIMIENTO	20-02-2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	Negativo	FC91OV6EO2D
FECHA VENCIMIENTO	17-09-2026	

REALIZADO POR: Isabel Meza C

CARGO: Enfermera

ID: 30571291

1702

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede las llanadas

Paciente Yenis Polo

Sexo F Edad 44

Id 30579439

Fecha 21-6-2025

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL

Entidad PIC rural 2025

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	Negativo	0000854549
FECHA VENCIMIENTO	20-02-2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	Negativo	F09IOV6E02D
FECHA VENCIMIENTO	17-09-2026	

REALIZADO POR: Isabel Meza C

CARGO: Enfermera

ID: 30571291

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede Las llanadas

Paciente Marisol Escobar

Id 1102120514

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL

Sexo F Edad 16

Fecha 21-6-2025

Entidad PIC rural 2025

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	Negativo	0000854549
FECHA VENCIMIENTO	20-02-2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	Negativo	F0910V6E02D
FECHA VENCIMIENTO	17-09-2026	

REALIZADO POR: Isabel Meza C

CARGO: Enfermera

ID: 30571291

1704

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede Las Llanadas

Paciente Pedro Luis Lyons. Sexo M Edad 40

Id 10820400 Fecha 21-6-2025

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL Entidad Dic rural 2025

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	Negativo	0000854579
FECHA VENCIMIENTO	20-02-2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	Negativo	F0910V6E02D.
FECHA VENCIMIENTO	17-09-2026	

REALIZADO POR: Isabel Meza C

CARGO: Enfermera

ID: 30571291

1705

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede Las Llanadas

Paciente Yenis Pacheco — Sexo F Edad 21

Id 1069462058 — Fecha 21-6-2025

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL — Entidad Pic rural 2025

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	Negativo	0000854589
FECHA VENCIMIENTO	20-02-2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	Negativo	F0910V6E02D
FECHA VENCIMIENTO	17-09-2026	

REALIZADO POR: Isabel Mena C

CARGO: Enfermera

ID: 30571291

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede las llanadas

Paciente Lubis Montiel Herera Sexo F Edad 54

Id 64561581 Fecha 21-6-2025

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL Entidad PIC rural 2025

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	Negativo	0000854549
FECHA VENCIMIENTO	20-02-2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	Negativo	F0910V6E02D
FECHA VENCIMIENTO	17-09-2026	

REALIZADO POR: Isabel Meza C

CARGO: Enfermera

ID: 30571291

1709

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede las llanadas

Paciente Merieleh Gomez **Sexo** F **Edad** 24

Id 1003408580 **Fecha** 21-6-2025

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL **Entidad** PIC rural 2025

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	Negativo	0000254549
FECHA VENCIMIENTO	20-02-2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	Negativo	E0910V6E02D
FECHA VENCIMIENTO	17-09-2026	

REALIZADO POR: Isabel Meza C

CARGO: Enfermera

ID: 30571291

1708

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede Las Llanadas

Paciente Olga Velasquez

Id 1001672409

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL

Sexo F Edad 32

Fecha 21-6-2025

Entidad PIC rural 2025

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	Negativo	0000854549
FECHA VENCIMIENTO	20-02-2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	Negativo	F-0910V6E02D
FECHA VENCIMIENTO	17-09-2026	

REALIZADO POR: Isabel Meza C

CARGO: Enfermera

ID: 30531291

1709

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Enfocamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede las llanadas

Paciente Du ddeïdis Mejía M

Sexo F Edad 48

Id 30 575 608

Fecha 21-6-2025

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL

Entidad PIC rural 2025

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	Negativo	0000854549
FECHA VENCIMIENTO	20-02-2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	Negativo	F091DV6E02D.
FECHA VENCIMIENTO	17-09-2026	

REALIZADO POR: Isabel Meza V

CARGO: Enfermera

ID: 30571291

1711

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede Las Llanadas.

Paciente Luis Dominguez Sexo M Edad 40

Id 737 112 95 Fecha 21-6-2025

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL Entidad PIC RURAL 2025

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	Negativo	0000854549
FECHA VENCIMIENTO	20-02-2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	Negativo	F0910N6E02D
FECHA VENCIMIENTO	17-09-2026	

REALIZADO POR: Isabel Meza C

CARGO: Enfermera.

ID: 30571291

1712

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede Las Llanadas

Paciente Faneth Mejía Diaz

Id 1193228652

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL

Sexo F Edad 23

Fecha 21-6-2025

Entidad PIC Rural 2025

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	Negativo	0000854549
FECHA VENCIMIENTO	20-02-2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	Negativo	F0910V6E02D
FECHA VENCIMIENTO	17-09-2026	

REALIZADO POR: Isabel Meza C.

CARGO: Enfermera

ID: 30571291

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede Los Llanadas.

Paciente Fabian Villar Polido

Sexo M Edad 36

Id 1069479390

Fecha 21-6-2025.

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL

Entidad PIC-Rural 2025

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	Negativo	0000854549
FECHA VENCIMIENTO	20-02-2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	Negativo	F0910V6E02D
FECHA VENCIMIENTO	17-09-2026	

REALIZADO POR: Isabel Meza C

CARGO: Enfermera

ID: 30571291

1719

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

RESULTADOS

Sede Las Llanadas

Paciente Luis Carlos Picardo Diaz **Sexo** F **Edad** 35

Id 1069480938 **Fecha** 21-6-2025

Entidad ESE CAMU SAN RAFAEL **Entidad** PIC EVEAL 2025

LABORATORIO	RESULTADO	LOTE
PRUEBAS RÁPIDAS VIH	Negativo	0000854549.
FECHA VENCIMIENTO	20-02-2026	
PRUEBAS RÁPIDAS SÍFILIS	Negativo	F0910V6E02D.
FECHA VENCIMIENTO	17-09-2026	

REALIZADO POR: Isabel Meza @

CARGO: Enfermera

ID: 30571291

1715

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: las llanadas Fecha: 21-6-2025

Yo Luis Carlos Ricardo Diaz certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto:

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Luis Carlos Ricardo Diaz

CC: 1069480938

Firma:

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Isabel Meza Catalan

CC: 30571791

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1716

CAMU SAN RAFAEL E.S.E.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Las llanadas Fecha: 21-6-2025

Yo Fabian Villar Pulido certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Fabian Villar Pulido
CC: 1069479390
Firma: FABIAN VILLAR

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Isabel Meza Catalán
CC: 30871291
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Las Llanadas Fecha: 21-6-2025

Yo Faneth Mejía Diaz certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto X No acepto ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Faneth Mejía Diaz
CC: 1193228652
Firma: faneth Mejia

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Isabel Meza Catalán
CC: 30571291
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1718

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Las Llanadas Fecha: 21-6-2025

Yo Luis Dominguez G certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoria post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Luis Dominguez

CC: 73211295

Firma:

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Isabel Meza Catalán

CC: 30577291

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1720

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Las Llanadas Fecha: 21-6-2025

Yo Dorvis Mejía Martinez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto X No acepto

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Dorvis Mejía Martinez

CC: 78763367

Firma: Dorvis Mejía

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Isabel Meza Catalán

CC: 30576291

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1721

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Jas Llanadas Fecha: 21-6-2025

Yo Duddeidis Mejía Martínez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoria y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoria post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Duddeidis Mejía.
CC: 30575608
Firma: Duddeidis Mejia

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Isabel Meza Catalán
CC: 30572[illegible]
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1722

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Los Llanadas Fecha: 21-6-2025

Yo Olga Velasquez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Olga Velasquez
CC: 1001672409
Firma: Olga Velasquez

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Isabel Meza Calalan
CC: 30571291
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1723

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Las Llanadas Fecha: 21-6-2025

Yo Meneleo Gomez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoria post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Meneleo Gomez
CC: 1003408580
Firma: Meneleo Gomez

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Isabel Meza Castaño
CC: 30577291
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1724

CAMU SAN RAFAEL E.S.E.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Las Llanadas Fecha: 21-6-2025

Yo Lubis Montiel Herrera certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

Acepto: X No acepto

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Lubis Montiel Herrera.

CC: 64561581

Firma: Lubys montiel Herrera

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Isabel Meza Catalán

CC: 30571291

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1775

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Las Llanadas Fecha: 21-6-2025

Yo Yenis Pacheco certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto:

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Yenis Pacheco

CC: 1069462058.

Firma: Yenis Pacheco

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Isabel Meza Catalan

CC: 30571791

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1726

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagun Fecha: 21/06/25

Yo Pedro Ruiz Lyons certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto X No acepto:

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Pedro Ruiz Lyons
CC: 10 820 400
Firma: Pedro Ruiz

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Isabel Meza Calalan
CC: 30571791
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1777

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Las Llanadas. Fecha: 21-06-2025

Yo Marisol Escobar certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoria y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoria post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto X No acepto

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Marisol Escobar

CC: TI 1102120514

Firma: Marisol Escobar Sanchez

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Isabel Meza Castalán

CC: 30571291

Firma:

Nota: Las consejerias pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1728

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Las Llanadas Fecha: 21-6-2025.

Yo Yenis Polo certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Yenis Polo

CC: 30579439

Firma:

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Isabel Meza

CC: 30571391

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1729

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Las Llanadas Fecha: 21-06-2025

Yo Jose Pereira Meza certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoria y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoria post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto X No acepto:

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: José Gregorio Pereira Meza

CC: 78763220

Firma:

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Isabel Meza Cataláis

CC: 30571296

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1730

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad las llanadas Fecha: 21-6-2025.

Yo Luis Estrada Lara certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: Y No acepto:

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Luis Estrada Lara

CC: 1069478358

Firma:

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Isabel Meza C

CC: 30571791

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CAMU ESE SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: las llanadas Fecha: 21-06-2025

Yo shelcin Pacheco certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto X No acepto

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: shelcin Pacheco
CC: 1069471455
Firma: Shelcin Pacheco

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Isabel Meza Cataño
CC: 30576791
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1734

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Las Llanadas Fecha: 21-6-2025.

Yo Rosa. Mercado Dominguez. certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejeria pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto:

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Rosa Mercado Dominguez.
CC: 30578616
Firma: Rosa M.

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Isabel Meza Catalan
CC: 30571291
Firma:

Nota: Las consejerias pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1735

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Las Llanadas Fecha: 21-6-2025.

Yo Emiliano Arrieta Alvarez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: V No acepto ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Emiliano Arrieta.
CC: 15036434
Firma:

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Isabel Meza calalan
CC: 30571296
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1736

CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: las llanadas Fecha: 21-6-2025

Yo Oscar. Viveno Gomez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Oscar Viveno Gomez

CC: 1142777

Firma: Oscar Viveno Gomez

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Isabel Meza Calaban.

CC: 30577291

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

1737

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Luis Estrada lara, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1069478358, en Representación del Junta Accion Comunal certifico que Isabel Meza y Sarai Bellar realizó Jornada de Tamizaje VIH y sifilis en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en las llanadas a los 21 días del mes de Junio de 2025

FIRMA:
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1.069.478.358
CELULAR: 3114293442

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

CAMU SAN RAFAEL E.S.E.

CAPACITACION EN AIEPI COMUNITARIO

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

CAMU SAN RAFAEL E.S.E.

ZONA RURAL

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

JORNADA 1

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL	ACTA DE CONCERTACIÓN CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025	Vpic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud · Gobernación de Córdoba

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 26 del mes Mayo del año 2025 se reunieron Isabel Meza Catalán representante de la ESE CAMU SAN RAFAEL y Yazmina Ramos Abad representante de Hogar FAMI Las Llanadas de la zona rural del municipio de SAHAGUN con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° **SS-007-2025** celebrado entre la ESE CAMU SAN RAFAEL y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	capacitacion en AIEPI comunitario a madres y padres, cuidadores, de niños y niñas menores de 5 años sobre las 18 prácticas clave según su agrupación = buen desarrollo Físico y mental, prevenir las enfermedades, cuidados en el Hogar, buscar atencion fuera del hogar
Eje/Dimensión	Atención Primaria en Salud
Fecha propuesta	18 de junio 2025
Necesidad de apoyo logistico	Rotapolio en papel propalcote 200grs 10 hojas Full color, tamaño carta, dos caras, argollado. de AIEPI comunitario, papel bond, Afiche Full color de las 18 practicas claves, marcadores
Necesidad de talento humano	Enfermera.
Observaciones	Se sugiere esta actividad de manera continua y hacer seguimiento para medir resultados en la adherencia de los temas socializados

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

Nombre:	Isabel Meza R.	Nombre:	Yazmina Ramos Abad
Cedula de ciudadanía:	30571291	Cedula de ciudadanía:	30572011
Entidad:	ESE CAMU SAN RAFAEL	Entidad:	Bienestar Familiar
Numero de contacto	3012088594	Numero de contacto	3045991180
Firma:		Firma:	Yazmina Ramos A.

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: Hogar FAMI las llanadas	Hora de Inicio: 8:00 am
Fecha: 18 de Junio	Hora de Finalización: 10:00 am

Objetivo(s) de la Reunión

Capacitar en la estrategia AIEPI comunitario, minimo a 20 participantes entre madres, padres y cuidadores de niños y niñas menores de 5 años, sobre las 18 prácticas claves en temas como buen crecimiento y desarrollo Fisico y mental del niño y la niña, prevenir enfermedades, cuidados en el hogar y buscar atencion fuera del hogar.

Desarrollo de la Reunión

se inicia jornada educativa con dinamica de presentacion grupo de trabajo; siguendo de hace presentacion de los temas a tratar, uno a uno con ayuda de. afiche alusivo se explica cada práctica clave. con el rotafolio se hace refuerzo de los temas y se realiza actividad de intervencion de los participantes con anotaciones de actividades a realizar en el hogar con respecto a lo aprendido, se responden preguntas y dudas acerca del tema y se evalua lo aprendido de forma verbal.

Conclusiones

se observa que el tema fue aprendido por los participantes, y que son personas receptivas y responsables, durante la actividad mostraron interes y mucha participacion

Recomendaciones

seguir con la medicion de la adherencia de todos los temas e intensificar aún más la red de apoyo

Responsables de la Actividad

Isabel Teresa Catalán

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	HOGAR FAMI DE LAS LLANADAS
Fecha:	18 DE JUNIO DE 2025
Personas Intervenidas:	POBLACION EN GENERAL

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.









E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Capacitación en AIEPI Comunitario a madres, padres y cuidadores de niños(as) menores de 5 años

DIA:	18	MES:	Junio	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Hogar FAMI las llanadas	ZONA:	rural

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	Karla Hoyos Rivero	CC	1003502774	3044336908	22	F									X	X				X			X		Karla Hoyos
2	Luz Daris Montiel	CC	1069474072	3024483091	43	F									X	X				X			X		Luz Daris Montiel
3	Faneth Mejia Diaz	CC	1193228692	3146378208	23	F									X	X				X			X		Faneth Mejia
4	Umbelia Argel Barquez	CC	1007508325	3137366887	27	F									X	X				X			X		Umbelia Argel
5	Nayibe Barquez Meneses	CC	30570670	3007123057	55	F									X	X				X			X		Nayibe Barquez
6	Yenis Pacheco	CC	1069462058	3018140666	21	F									X	X				X			X		Yenis Pacheco
7	Betsy Ramos	CC	1069465837	3015566845	23	F									X	X				X			X		Betsy Ramos
8	Luz Marina Hernandez	CC	1.067[illegible]8281		58	F									X	X				X			X		Luz Marina
9	Estella Diaz C.		26075778		65	F									X	X				X			X		Estella Diaz
10	Estefany Diaz Arroyo	CC	1.007413110	3007123734	22	F									X	X				X			X		Estefany Diaz

SHEI

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Capacitación en AIEPI comunitario a madres, Padres y cuidadores de niños (as) menores de 5 años

DIA:	18	MES:	Junio	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Hogar FAMI las llanadas	ZONA:	rural

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	Camila Luisa Peñate Pimienta	C.C	1069480509	3016179020	18	F									X	X				X			X		Camila Peñate
2	Liney Bohorquez	CE	30570729	3043085407	58	F									X	X				X			X		Liney
3	Deisy Sanchez S.	CC	1064948263	3042055821	36	F									X	X				X			X		
4	Yohana Salazar	CC	1069505913	3017206748	26	F									X	X				X			X		
5	FABIAN VILLAR	CC	1069479300	3137427499	36	H									X	X			X			X	X		FABIAN VILLAR
6	paola garcia	CC	1005567359	3019960384	34	F									X	X				X			X		paola garcia.
7	Maria Alejandra Lozano	CC	1069485744	3205555788	32	F									X	X				X			X		
8	Kenia Montes Gonzalez	CC	1003444335	3044012361	30	F									X	X				X			X		Kenia Montes G.
9	Yeris Marquez	CC	64911751	3107332516	56	F									X	X				X			X		Yeris Marquez
10	César Tuirán Díaz	CC	19142384	3017897824	68	M									X	X			X			X	X		

9461

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Soluciones por la salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Yazmina Ramos Abud identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 30572011, en Representación del ICBF, certifico que Isabel Meza Cabrales realizó Charla Educativa, en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en las Llanadas a los 18 días del mes de Junio de 2025

FIRMA: Yazmina Ramos P.
CEDULA DE CIUDADANÍA: 30572011
CELULAR: 3045749148O

1748

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CAPACITACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

ZONA URBANA

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

JORNADA 1

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL Evolucionamos por tu salud	ACTA DE CONCERTACIÓN CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025	✓pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud	Gobernación de CÓRDOBA

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 26 del mes Agosto del año 2025 se reunieron Flavia Felix Heber Jimenez Liceth Diaz Guerra representante de la ESE CAMU SAN RAFAEL y _____ representante de Asovenecia de la zona Urbana del municipio de SAHAGUN con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° **SS-007-2025** celebrado entre la ESE CAMU SAN RAFAEL y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Jornada de capacitación dirigida a las gestantes y madres lactantes sobre Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y con alimentación complementaria hasta los dos años, durante el taller se tocaran temas como beneficios de la lactancia, construcción y extracción de la leche materna y observación de la mamada.
Eje/Dimensión	Atención Primaria en Salud.
Fecha propuesta	20- Agosto / 2025
Necesidad de apoyo logístico	- Calendario año, beneficios LM en cadenas - video beam - fichas de evaluación de la lactancia - mama didactica.
Necesidad de talento humano	Enfermero.
Observaciones	

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

Nombre:	Liceth Diaz Guerra	Nombre:	Flavia Felix Heber
Cedula de ciudadanía:	1102875048	Cedula de ciudadanía:	1.069.465.082
Entidad:	COI - Asovenecia	Entidad:	ESE CAMU SAN RAFAEL
Numero de contacto	3106278676	Numero de contacto	3008669120
Firma:	LicethDiaz	Firma:	

1752

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: BARRIO SIMON BOLIVAR	Hora de Inicio: 2:00 pm
Fecha: 20- AGOSTO/2025	Hora de Finalización: 4:00 pm

Objetivo(s) de la Reunión

Proporcionar a las participantes los conocimientos, habilidades y herramientas necesarios. Para Promover, apoyar y Proteger la lactancia materna como la forma optima de alimentacion para bebes y niños pequeños.

Desarrollo de la Reunión

1. Saludo y Presentacion
2. Objetivo de la Reunion
3. Metodologia de la Actividad: durante el programa-taller se verificaron aspectos como posicionamiento de la lactancia, correcta observacion de la mamada, extraccion y conservacion de la leche con ayuda de ilustraciones como material didactico, Rotafolios y videos de sensibilizacion. A las usuarias se le entrego calendario del año con los beneficios de la lactancia en cada mes. Las participantes se citaron una proxima fecha para la realizacion del siguiente taller.

Conclusiones

Se genero conciencia y compromiso sobre la importancia de la lactancia materna. Las usuarias participaron y a su vez manifestaron sus dudas e inquietudes las cuales fueron resueltas.

Recomendaciones

Responsables de la Actividad

Maryfly Hoyos
1069470782

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: JORNADA DE CAPACITACION A LAS GESTANTES Y LACTANTES SOBRE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

DIA:	20	MES:	AGOSTO	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	CDI PRINCESA BARAJI	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	Martha Ospina.	CC	30577665	3113237514	45	F	M								X	X				X			X		Martha Ospina.
2	Nayda Avilez	CC	1003502720	3135991559	22	F	M								X	X			X			Y	X		Nayda Avilez
3	Deris Manjarrez	CC	1064704168	3232894854	30	F	M								X	X				X			X		Deris Manjarrez
4	Kelly Verona	CC	1069468981	3116831476	27	F	M								X	X				X			X		Kelly Verona.
5	Iris Muentes	CC	1003538636	3106129771	25	F	M								X	X			X			X	X		Iris Muentes.
6	Yurley Contreras	CC	1003502041	3008669205	23	F	M								X	X				X			X		Yurley C.
7	Brayan Suarez	CC	1003502946	3006782822	22	F	M								X	X			X			X	X		Brayan Suarez
8	Ibeth Mejia.	CC	1069481119	3226082044		F	M								X	X				X			X		Ibeth Mejia.
9	Serianys F	CC	26.743337	3019944	26	F	M								X	X				X			X		
10	Selena X	CC	26.743337	3132328622	26	F	M								X	X			X			X	X		

1753

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: JORNADA DE CAPACITACION A LAS GESTANTES Y LACTANTES SOBRE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACION COMPLEMENTARIA.

DIA:	20	MES:	AGOSTO	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	CDI PRINCESA BARATI	ZONA:	URBANO

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDIGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VICTIMA	MIGRANTE	POBLACION GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	VIVIADI ARROYO GUZMAN	CC.	30.575.150	3177977498	44	F	H								X	V				X			X		Viviadi Arroyo
2	VIVIAN LOBO ARROYO	CC	1038.096-998	3117798049	29	F	H								X	X				X			X		Vivian Lobo
3	Beiba luz Deluque	CC	1069466826	3003466266	30	F	H								X	X			X			X	X		Beiba luz
4	Zuleidy Espinosa Ch.	CC	1003447968	3023078825	27	F	H								X	Y				X			X		Zuleidy Espinosa
5	Nubia Salano	CC.	42827503	3001203540	42	F	H								X	X				X			X		Nubia Salano
6	Angie Bravo	CC	1003407445	3135491867	24	F	H								X	X				X			X		Angie Bravo
7	Maria Alejandra J.	CC	1069494272	3023845251	31	F	H								X	X			X			X	X		Maria Lopez
8	Meibiling Martinez	CC	1069484226	3008388408	33	F	H								X	X				X			X		
9	yidis espino Guzman	CC	1.044.826.182	3103534851	25	F	H								X	X				X			X		yidis espino
10	Dayanis C Puello.	CC.	1085692260	3202955877	28	F	H								X	X				X					Dayanis Puello.

1354

1755

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evidenciamos por la salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, LICETH DIAZ, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1.102.895.048, en Representación del CDI PRINCESA, certifico que MARIA FERNANDA HERNANDEZ realizó JORNADA SOBRE LACTANCIA MATERNA en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en SAHAGUN a los 20 días del mes de AGOSTO de 2025

FIRMA: Liceth Diaz
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1102895048
CELULAR: 3106278696

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: Atención Primaria en Salud
ACTIVIDAD: Jornadas de capacitación 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.

Lugar:	Barrio Simón Bolívar
Fecha:	20 AGOSTO/2025
Personas Intervenidas:	20 Personas

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD














ESTRATEGIA
IEC RRP

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

CAMU
SAN RAFAEL

CICLOPASEOS

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

CAMU
SAN RAFAEL

ZONA RURAL

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

JORNADA 1

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL Evolucionamos por la salud	ACTA DE CONCERTACIÓN CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025	✓pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El dia 4 del mes de Junio del año 2025 se reunieron Sergio Gutierrez representante de la ESE CAMU SAN RAFAEL y Alba luz Bula representante de la institucion educativo las llanadas de la zona rural del municipio de SAHAGUN con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° **SS-007-2025** celebrado entre la ESE CAMU SAN RAFAEL y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Promover 3 ciclo Paseos
Eje/Dimensión	atencion Primaria en Salud
Fecha propuesta	Junio 7, 9
Necesidad de apoyo logístico	Bicicletas, rota folio hidratación
Necesidad de talento humano	Licenciado en educacion fisica
Observaciones	Esta actividad Se realizo Por Peticion del rector y coordinacion de la institucion educativo.

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

Nombre:	Sergio Gutierrez	Nombre:	Alba luz Bula Bula
Cedula de ciudadanía:	7369266	Cedula de ciudadanía:	51.960.038
Entidad:	Camus San Rafael	Entidad:	I.E. Las Llanadas
Numero de contacto	3046835399	Numero de contacto	3013718992
Firma:	Sergio Gutierrez	Firma:	Alba luz Bula

1762

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. los Manados Hora de Inicio: 7:00 am

Fecha: Junio 7 /2015 Hora de Finalización: 8:30 am

Objetivo(s) de la Reunión

ejecutaran un ciclo paseo por las principales calles del municipio con la participación de niños y jovenes con el fin de mejorar la condición física y a su vez el aprovechamiento del tiempo libre

Desarrollo de la Reunión

- Saludo de bienvenida
- Breve charla motivadora sobre la importancia de la actividad física y una alimentación sana.
- participación de los niños y jovenes en la ruta del ciclopaseo.
- Hidratación y vuelta a la calma.

Conclusiones

- los niños y jovenes demostraron gran interes por participar del ciclopaseo
- se concientizo a la población existente

Recomendaciones

- Seguir trayendo este tipo de programas en las distintas instituciones del municipio.

Responsables de la Actividad

Segundo Herrera

pic

CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atencion Primaria En Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Ciclo Paseo

DIA:	7	MES:	Junio	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Las Llanadas	ZONA:	RURAL

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	Jorge Ojeda Contreras	TI	1069488743		14	M	H								X	X				X			X		Jorge
2	Guadalupe Ortiz Cas	TI	1069492036		13	F	M								X	X				X			X		Guadalupe O
3	Lieth Oviedo Roquame	TI	1069496038		13	F	M								X	X				X			X		Lieth OR
4	Manuel Perez lopez	TI	1069491543		16	M	H								X	X				X			X		Manuel perez
5	Esneider Quintero E	TI	1069491632		13	M	H								X	X				X			X		Esneider Quintero
6	Deiner Ramirez Padilla	TI	1049536828		13	M	H								X	X				X			X		Deiner R
7	Yicela Ricardo Sierra	TI	1069491775		13	F	M								X	X				X			X		Yicela
8	Juan Ricon Martinez	TI	1069491720		13	M	H								X	X				X			X		Juan Rincon
9	Yeisi Rivero perez	TI	1069492777		13	F	M								X	X				X			X		Yeisi Rivero
10	Rober Rivero Peñate	TI	1069492777		13	F	M								X	X				X			X		Rober Rivero

1363

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atencion Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Ciclo Paseo

DIA:	7	MES:	Junio	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	JAJ LLANADAS	ZONA:	RURAL

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	Luis J Escobar Cuello	TI	1102121643		13	M	H								X	X				X			X		Luis Escobar -
2	Tatiana Estrada Car	TI	1069492037		14	F	M								X	X				X			X		tatiana - estrada
3	Mariana Estrada Santero	TI	1069493063		13	F	M								X	X				X			X		Mariana - E
4	Luis J Guerrero Car	TI	1069494392		13	M	H								X	X				X			X		
5	Maria C Jimenez Laguna	TI	1069492585		13	F	M								X	X				X			X		Maria Jimenez
6	Alis Sofia Lopez Agamez	TI	1069492005		13	F	M								X	X				X			X		Alis Lopez
7	Dairis Martinez Trespalacios	TI	1148595728		16	F	M								X	X				X			X		Dairis Martinez
8	Salin Jose Mercado Car	TI	1063139602		13	M	H								X	X				X			X		SALIN MERCADO
9	Mariana I Montes O	TI	1069494639		13	F	M								X	X				X			X		Mariana M
10	Isac R Naranjo Reyes	TI	1069493219		13	M	H								X	X				X			X		ISACNARANJO

1764

1767

CAMU SAN RAFAEL E.S.E.
Evolucionamos por la salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, María Julia Caldera, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 30579629, en Representación del I.E. Las Llanadas, certifico que Sergio Gutierrez realizó Ciclo Paseo, en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Sahagun a los 7 días del mes de Junio de 2025

FIRMA: M Caldera O.
CEDULA DE CIUDADANÍA: 30579629
CELULAR: 3135326231

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

JORNADA 2

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atencion Primario En Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Ciclo Paseo

DIA:	9	MES:	Junio	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	LAS LLANADAS	ZONA:	RURAL

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDIGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VICTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Gaeldej 69 Mendoza	TI	1069484535		16	M									X	X				X					
2	Karoll Guerra Salcedo	TI	1012381013		15	F									X	X				X					
3	Eliana Guzman Q.	TI	1069489693		14	F									X	X				X					
4	Juan E Henao Molina	TI	1018243427		16	M									X	X				X					
5	Nicol Jimenez Cabadia	TI	1035646030		14	F									X	X				X					
6	Rosaura Jimez Cabadia	TI	1041264722		14	F									X	X				X					
7	Luz A. Luzano Vergara	TI	1072259334		14	F									X	X				X					
8	Roberto J Lopez Ojeda	TI	1069489293		14	M									X	X				X					
9	Dunna Mejia Herrera	TI	1069490437		14	F									X	X				X					
10	Kenner Mejia Villalba	TI	1069486478		18	M									X	X				X					

1770

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atencion Primaria En Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Ciclo Paseo

DIA:	9	MES:	Junio	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	IAS (CANADA)	ZONA:	RURAL

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	POBLACION GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	David Avilez Salcedo	TI	1069489396		14	M									+	+				+					David Avilez
2	Luz Estaher Ayazo Hoyos	TI	1069486310		15	F									x	x				x					Luz Ayazo
3	Keiner M Basilio Polo	TI	1102149312		16	M									x	x				x					Keiner
4	Yeiner A Caballero Tejada	TI	1044423138		15	M									x	x				x					Yeiner C.
5	Luis F. Calderon A.	TI	1057896966		16	M									x	x				x					Luis
6	Isabella Cardenas C	TI	1069491326		13	F									x	x				x					Isabella
7	Agnath M Cleer Blanco	TI	1069492184		13	M									x	x				x					Agnath C.
8	Roberto Cdela Ossa S	TI	1069213278		16	M									x	x				x					Roberto
9	Edgardo J Diaz Mendez	TI	1064490046		13	M									x	x				x					Edgardo Diaz
10	Jorge Luis Estrada C	TI	1069477945		13	M									x	x				x					Jorge

1 de 1

1772

1774

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Protegiendo por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Alba Luz Bula Bula, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 51.960.038, en Representación del E.E. los Manatas, certifico que Sergio Gutierrez realizó Circo Pasos, en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Sahagun a los 9 días del mes de Junio de 2025

FIRMA: Alba Luz Bula
CEDULA DE CIUDADANIA: 51.960.038
CELULAR: 3013718492

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

JORNADA 3

1776

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. los Manatíes	Hora de Inicio: 9:00 a.m.
Fecha: Junio 9 / 2015	Hora de Finalización: 10:30 a.m.

Objetivo(s) de la Reunión

ejecutaran un ciclo paseo en las principales calles del municipio con la participación de niños y jovenes con el fin de mejorar la condición física y a fin de ver el aprovechamiento del tiempo libre.

Desarrollo de la Reunión

- Saludo de bienvenida
- Charla breve motivadora de la importancia de la actividad física y una sana alimentación.
- participación de la niños y jovenes en la ruta del ciclopaseo
- Hidratación y vuelta a la calma.

Conclusiones

- los niños y jovenes demostraron gran interes por participar del ciclo paseo.
- Se logro concientizar a los asistentes que la actividad física y la alimentación sana son importantes.

Recomendaciones

- seguir trayendo este tipo de programas en las distintas instituciones del municipio.

Responsables de la Actividad

Sergio Gutierrez

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atencion Primario En Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Ciclo Paseo

DIA:	9	MES:	Junio	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	(A) LLANADAS	ZONA:	RURAL

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 Angulo Garrido	TI	1104424832		15	F									X	X				X					
2	María Luna Angulo G	TI	1104430613		12	F									X	X				X					
3	Jose M Barrios Ledueña	TI	1069491660		14	H									X	X				X					
4	Natyma Basilio Gil	TI	1069489693		14	F									X	X				X					
5	Ronaldo Blanco Cár	TI	1069493463		13	M									X	X				X					
6	Maricel Carmona Gonzalez	TI	1069493582		13	F									X	X				X					
7	Jose Daniel Conde.	TI	1027998800		16	M									X	X				X					
8	Melissa Diaz Florez	TI	1064609548		13	F									X	X				X					
9	Jorge M Dominguez P	TI	1069490092		14	M									X	X				X					
10	Valeria Diaz Ramirez	TI	1069491637		13	F									X	X				X					

1771

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: CICLO PASEO

DIA:	9	MES:	JUNIO	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	(A) LLANADAS	ZONA:	RURAL

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	ISabella Zabaleta pila	TI	1069492076		13	F									X	X				X					
2	Sofia Vega Guerra	TI	1069489232		14	F									X	X				X					
3	Karol Mendez palencia	TI	1069713733		13	F									X	X				X					
4	Daniel Mendez Severiche	TI	1000165552		16	M									X	X				X					
5	Yaris Moreno Contreras	TI	1069491520		16	F									X	X				X					
6	Andrea C Muñoz Blanco	TI	1069489720		14	F									X	X				X					
7	Andres F Peruite Alvarez	TI	1069490698		14	M									X	X				X					
8	Maira C Quintero Gomez	TI	1069490124		14	F									X	X				X					
9	Linda Lucia Salcedo A	TI	1069490727		14	F									X	X				X					
10	Ana Yorgelis Perez	TI	1069489309		14	F									X	X				X					

8661

1781

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Alba Luz Bula Bula, identificado con la Cédula de Ciudadania N° 51.960038, en Representación del I.E. las Llanadas., certifico que Sergio Gutierrez realizó Ciclo Pasco, en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Sahagun a los 9 días del mes de Junio de 2025

FIRMA: Alba Luz Bula
CEDULA DE CIUDADANÍA: 51960038
CELULAR: 3013718992

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

CAMU
SAN RAFAEL

ZONA RURAL

Gobernación de Córdoba. NIT. 800093935-6
Palacio de Nariño. Calle 27 No. 3 - 28 Montería, Córdoba
PBX. + (57) 4 784 8940 - 018000 400 557
contactenos@cordoba.gov.co gobernador@cordoba.gov.co
www.cordoba.gov.co

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

ACTIVIDAD FISICA EN INSTITUCION EDUCATIVA

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E.
CAMU
SAN RAFAEL

JORNADA 1

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL	ACTA DE CONCERTACIÓN CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 29 del mes de mayo del año 2025 se reunieron Sergio Gutierrez representante de la ESE CAMU SAN RAFAEL y _____ representante de _____ de la zona rural del municipio de SAHAGUN con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° **SS-007-2025** celebrado entre la ESE CAMU SAN RAFAEL y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Promover y realizar 5 jornadas de actividad fisica
Eje/Dimensión	Atencion Primario En Salud
Fecha propuesta	Junio 3, 4, 5, 6
Necesidad de apoyo logistico	Se utiliziara aros, cuerda, Pelotas y conos
Necesidad de talento humano	Licenciado en educacion fisica
Observaciones	

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

Nombre:	Sergio Gutrerrez	Nombre:	Alba Luz Bula Bula
Cedula de ciudadanía:	7369266	Cedula de ciudadanía:	51966038
Entidad:	Camu San Rafael	Entidad:	I.E las Manadas
Numero de contacto	3046835399	Numero de contacto	3013718992
Firma:	Sergio Gutrr	Firma:	Alba Luz Bula

1786

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-06-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: I.E. las Manadas	Hora de Inicio: 8:00 am
Fecha: Junio 3 / 2023	Hora de Finalización: 10:00 am

Objetivo(s) de la Reunión

Ejecutar actividades físicas, circuitos físicos y recreativos con el fin de mejorar la condición física y que a su vez les permite a niños y jóvenes tener una mejor calidad de vida

Desarrollo de la Reunión

- Saludo de bienvenida
- Breve charla sobre la importancia de la actividad física.
- calentamiento, ejercicios aeróbicos y recreativos
- División del grupo en subgrupos (3 subgrupos)
- participación de los niños y jóvenes en las distintas actividades.
- Hidratación y vuelta a la calma.

Conclusiones

- Los niños y jóvenes demostraron interes por participar
- se logro concientizar a los asistentes sobre la actividad física regular.

Recomendaciones

- Brindar mas seguido este tipo de actividades
- Realizar mas actividades lúdicas

Responsables de la Actividad

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atención Primaria En Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada De Actividad fisica

DIA:	3	MES:	Junio	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	I.E. Las Llanadas.	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	MAYP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Saray Acosta	TI	1069504470		8	F	H								X	X				X			X		Saray
2	Luciana Benitez	RC.	104426271		8	F	H								X	X				X			X		Luciana
3	Manuel Causil	TI	1069504894		9	M	H								X	X				X			X		Manuel E
4	Daniel Contreras	RC	106814366		8	M	H								X	X				X			X		Daniel A.
5	Juan Cordero	RC	1069505984		8	M	H								X	X				X			X		Juan Andres
6	EMMANUEL DIAZ	RC	1069503433		9	M	H								X	X				X			X		Emmanuel
7	Francisco Naranjo	RC	1069505200		8	M	H								X	X				X			X		Francisco N.
8	Jesus Doria	RC	1044664097		8	M	H								X	X				X			X		Jesus D.
9	ZARETH Florez	RC	12318390 74		8	F	H								X	X				X			X		ZaReth
10	Luisa Florez	TI	1068141046		9	F	H								X	X				X			X		Luisa

1787

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

#3

EJE: Atencion Primaria En Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada De Actividad fisica

DIA:	3	MES:	Junio	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	I.E. las llanadas	ZONA:	Rural

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	Aranza socorro	otro	N3784648		7	F	H								X	X				X			X		ARanza
2	Mariana Serpa	RC	1068141 555		7	F	H								X	X				X			X		MARIANA
3	Angie Santero	TI.	1069502 631		9	F	H								X	X				X			X		Angie
4	Luis Salcedo	RC	1069505 645		8	M	H								X	X				X			X		Luis salced.
5	Isabella Pacheco	RC	1069505 316		8	F	H								X	X				X			X		Isabella
6	Thiago Ojeda	RC	1069505 676		8	M	H								X	X				X			X		Thiago
7	Sara Mercado	RC	1069503 944		7	F	H								X	X				X			X		Sara maria
8	Jarold Ramirez	RC.	1169714 175		8	M	H								X	X				X			X		Jarol
9	Luciana Lara	RC	1069505 280		8	F	H								X	X				X			X		Luciana Lara
10	Maria Garcia	TI	1069506 632		7	F	H								X	X				X			X		maria G.

1788

1791

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Edilberto Pérez, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 78760437, en Representación del Grado 3°, certifico que Sergio Gutierrez realizó actividades físicas en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Sahagún a los 3 días del mes de Junio de 2025

FIRMA:
CEDULA DE CIUDADANÍA: 78760437
CELULAR: 3125522970

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

JORNADA 2

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-06-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: I.E. los Manados	Hora de Inicio: 8:00 a.m.
Fecha: Junio 4 / 2013	Hora de Finalización: 10:00 a.m.

Objetivo(s) de la Reunión

Ejecutaran actividades físicas, circuitos físicos y aeróbicos con el fin de mejorar la condición física y que a su vez les permita a niños y jóvenes tener una mejor calidad de vida.

Desarrollo de la Reunión

- Saludo de bienvenida
- Breve charla motivadora sobre la importancia de la actividad física
- Entrada en calor con aeróbicos o ejercicios articulares.
- División del grupo en subgrupos combinados.
- Participación de los niños y jóvenes en las distintas actividades propuestas.
- Estiramiento y vuelta a la calma.

Conclusiones

- Mostraron gran interes por participar
- Se promovio a realizar actividad física.

Recomendaciones

- Brindar mas actividades de este tipo
- Realizar actividades lúdicas

Responsables de la Actividad

Sergio Gutierrez

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atencion Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada De Actividad fisica

DIA:	4	MES:	Junio	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	I.E las llanadas	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	MAIP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Marisol Bron	TI	1069503 055		9	F	H								X	X				X			X		Marysol Bron
2	Gabriela Contrera	TI	1068-141 153		9	F	M								X	X				X			X		Gabriela
3	Luis Dominguez	RC	106814 1214		9	f	M								X	X				X			X		Luis Domi
4	Mariana florez	RC	1069503 392.		9	f	M								X	X				X			X		Mariana Florez
5	Valeria Garay	TI	101660 5335		9	f	M								X	X				X			X		valeria Garay
6	Daniel Herrera	TI	1069501 215		10	M	H								X	X				X			X		Daniel Herra
7	Juan daraba	TI	1069508 151		9	M	H								X	X				X			X		Juan Jose
8	Sara Lara	TI	1069502 672.		9	f	H								X	X				X			X		Sara SOFÍA
9	Yojan lopez	TI	107135 9317		10	M	H								X	X				X			X		Yhojan
10	Carmen Macea.	TI	1069502 878		9	f	M								X	X				X			X		Carmen

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-007-2025

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atencion Primaria En Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada De Actividad Fisica

DIA:	4	MES:	Junio	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	I. E las Llanadas	ZONA:	Rural

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	Camilo Mejia	RC	1069503 167		9	M	H								x	x				x			x		Camilo
2	Keiner Mejia	RC	106881 41072		9	M	H								x	x				x			x		Keiner
3	Dairo Mendez	TI	1069502 498		11	M	H								x	x				x			x		Dairo
4	Dylan Mendoza	TI	1077089 514		10	M	H								x	x				x			x		Dylan
5	Daniela Mendoza	TI	110443 1209		11	f	H								x	x				x			x		Daniela
6	Julian Molina	RC	1069501 147		10	M	H								x	x				x			x		Julian
7	Santiago ortiz	RC	1069502 603		9	M	H								x	x				x			x		Santiago
8	Manuel Payarez	TI	1069501 708		10	M	H								x	x				x			x		manuel payarez
9	Shalia Polo	TI	1069501 924		10	f	H								x	x				x			x		Shalia polo
10	Luisa Quintana	R.C	1069502 472		9	f	H								x	x				x			x		Luisa Quintana

SBE1

1798

CAMU SAN RAFAEL I.S.S.E

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo Diego Armando Santos Fabra, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1069469115, en Representación del Grado 4°, certifico que Sergio Gutierrez realizó actividades físicas, en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Sahagún a los 4 días del mes de Junio de 2025

FIRMA:
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1069469115
CELULAR: 3128723190

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

JORNADA 3

1800

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

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: I.E. los Manatíes	Hora de Inicio: 8:00 am
Fecha: Junio 5 / 2025	Hora de Finalización: 10:00 am

Objetivo(s) de la Reunión

ejecutaran actividades físicas, circuitos físicos y aeróbicos con el fin de mejorar la condición física y que a su vez les permita a niños y jovenes tener una mejor calidad de vida.

Desarrollo de la Reunión

- Saludo de bienvenida
- Breve charla motivadora sobre la importancia de la actividad física
- entrada en calor con aeróbicos o ejercicios articulares.
- División del grupo en 5 grupos combinados
- participación de los niños y jovenes en las distintas actividades propuestas,
- Hidratación y vuelta a la calma.

Conclusiones

- Mostraron gran interes por participar
- Se promovio una actividad física regular.

Recomendaciones

- Brindar mas actividades de este tipo
- Realizar mas actividades lúdicas.

Responsables de la Actividad

Sergio Cardenas

pic
Plan de Intervenciones Colectivas Salud Pública

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA