INFORME DE ACTIVIDADES No. 3

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NÚMERO 2508270971 ENTRE EL MUNICIPIO DE MANIZALES Y EL HOSPITAL GENERAL SAN ISIDRO ESE

Período informe: El presente informe contiene una descripción detallada sobre el proceso de certificación de la población con discapacidad para el periodo comprendido entre 01 de noviembre del 2025 al 30 de noviembre del 2025.

OBJETO: Desarrollar el proceso de certificación de discapacidad en el Municipio de Manizales.

OBLIGACIONES	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Disponer de al menos dos equipos multidisciplinarios para el desarrollo del proceso. Todos los miembros del equipo deberán estar en el directorio nacional de certificadores de discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social. Cada equipo disponible deberá estar conformado por (3) profesionales de la salud, debiendo garantizarse la participación de un médico dentro de sus integrantes, los otros dos profesionales de cada equipo podrán ser de las áreas fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología, enfermería optometría o trabajo social. la entidad deberá tener la correspondiente habilitación de los servicios los cuales se desarrolle el procedimiento de certificación y en las modalidades que este se presente	Durante el mes de noviembre de 2025, la ESE Hospital General San Isidro garantizó la disponibilidad de dos equipos multidisciplinarios conformados por profesionales de medicina, psicología, fisioterapia y fonoaudiología, todos inscritos en el directorio nacional de certificadores de discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social. Estos equipos aseguraron la atención integral y el cumplimiento de los lineamientos establecidos. El Hospital General San Isidro cuenta con 2 equipos, para certificación: Equipo 1: Derly Yohana Ardila (Psicóloga). Paola Edith De La Rosa Marrugo (Médica General). María Victoria Hurtado García (Fonoaudióloga). Equipo 2: Monica Martinez (Psicóloga). Eliana Carolina Jimenez(Médico General) . Monica Bernal Osorio (Fisioterapeuta)
2. Realizar y mantener activa la inscripción como entidad usuaria y obligada a reportar información a través del sistema integrado de información de la protección social	La institución mantuvo vigente su inscripción y realizó el reporte oportuno de la información en el sistema, cumpliendo con las disposiciones normativas.
3. Reportar y Mantener actualizados los usuarios institucionales que ingresan a los sistemas de información mediante la plataforma PISIS en Ministerio de salud y protección social en representación de la entidad para el desarrollo de este proceso de certificación.	Se garantiza la actualización permanente de los usuarios institucionales en la plataforma PISIS, en representación de la entidad, para el desarrollo del proceso de certificación.

4. Garantizar el registro oportuno y la calidad de la información en las plataformas correspondientes conforme a los requerimientos y directrices del Ministerio de salud y protección social	Durante las jornadas de noviembre, se aseguró el registro oportuno y con calidad de la información en las plataformas correspondientes, conforme a los requerimientos y directrices del Ministerio de Salud y Protección Social.
5. Garantizar la disponibilidad de los apoyos y ajustes razonables requeridos para el desarrollo de la valoración multidisciplinaria de certificación de acuerdo a las necesidades de la población con discapacidad objeto del proceso.	Durante las jornadas de noviembre, se aseguró el registro oportuno y con calidad de la información en las plataformas correspondientes, conforme a los requerimientos y directrices del Ministerio de Salud y Protección Social.
6. Disponer de agendas semanales para la programación y desarrollo de las jornadas requeridas por la entidad territorial conforme al volumen de solicitudes registradas. La concentración de jornadas deberán realizarse con al menos 10 días de anticipación entre las partes	Cada semana se envió oportunamente el horario de atención, programando entre dos (2) y cuatro (4) jornadas semanales según la disponibilidad. En noviembre se realizaron jornadas que permitieron atender un total de 139 personas con discapacidad, con evidencia en bases de datos y planillas de asistencia.
7. Garantizar la oportuna asignación de las citas a los beneficiarios remitidos por la Secretaría de Salud Pública para el desarrollo de las valoraciones de certificación en las modalidades requeridas, para lo cual deberá diligenciar el correspondiente registro	Se aseguró la atención en los tiempos establecidos, con registros completos y precisos, garantizando que las citas fueran asignadas de manera ordenada y transparente. Se anexan de manera física y virtual consentimientos informados.
8. Brindar a las personas con discapacidad información previa a la valoración sobre el procedimiento y diligenciar el respectivo consentimiento informado	A cada persona con discapacidad y a sus acompañantes se les brindó información clara sobre el procedimiento de certificación y la valoración multidisciplinaria. Se diligenció el consentimiento informado y, al finalizar, se entregó el certificado de discapacidad con la explicación de su contenido y usos.
9. Disponer de la infraestructura técnica, tecnológica y administrativa requerida para el oportuno registro de la información resultante del procedimiento de discapacidad en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, así como de los recursos logísticos, humanos, físicos,técnicos, financieros y de bioseguridad requerido para la planeación, desarrollo y evaluación de las actividades a su cargo	La institución contó con plataformas seguras para el registro de la información, infraestructura administrativa para la gestión documental y recursos logísticos, humanos, físicos, financieros y de bioseguridad para la planeación y desarrollo de las actividades.

10. Entregar impresión del certificado generado a la persona con discapacidad valorada, verificando que la información consignada corresponda y explicar el contenido del documento y los usos del certificado a la persona con discapacidad y a sus acudientes o acompañantes, dejando el respectivo soporte de cumplimiento,	En las 10 jornadas de discapacidad realizadas durante el mes de noviembre, se entregó a cada persona valorada la impresión del certificado de discapacidad, verificando la información consignada y explicando su contenido y usos, dejando soporte de cumplimiento.
11. Garantizar la confidencialidad de la información por parte del personal a su cargo	El grupo de profesionales de La ESE Hospital General San Isidro, a través de su personal a cargo, ha garantizado la confidencialidad de cada una de las valoraciones realizadas de los pacientes con discapacidad.
12. presentar máximo 2 días después de la jornada siguiente y, en todo caso antes de la nueva asignación de beneficiarios , reporte de: a. personas remitidas que no pudieron ser conectadas o no aceptaron la cita. b. personas agendadas que no asistieron, c, resultados de la valoración de las personas atendidas, d, situaciones especiales presentadas en el proceso	Se realizaron 10 jornadas, de certificación de discapacidad, de igual manera se realizó reagendamiento a las personas con discapacidad que por alguna razón, no pudieron asistir los días programados, se realizó reporte con la Dra. Claudia Piedad Estrada, de los casos que fueron remitidos y no se pudieron atender y de situaciones presentadas en la jornada. **Las jornadas se trabajaron de la siguiente manera:** • 11 DE NOVIEMBRE:17 valoraciones • 12 DE NOVIEMBRE:16 valoraciones • 13 DE NOVIEMBRE:13 valoraciones • 18 DE NOVIEMBRE:8 valoraciones • 19 DE NOVIEMBRE:11 valoraciones • 20 DE NOVIEMBRE:15 valoraciones • 21 DE NOVIEMBRE:16 valoraciones • 24 DE NOVIEMBRE:12 valoraciones • 25 DE NOVIEMBRE:14 valoraciones • 28 DE NOVIEMBRE:17 valoraciones
13. presentar cada mes informe de ejecución técnica y financiera, evidenciando el cumplimiento de las obligaciones adjuntando los respectivos soportes y generando base de datos consolidada e informe estadístico del proceso según lineamientos de la Secretaría de Salud.	El 30 de noviembre se realizó el corte correspondiente al mes, incluyendo descripción de las jornadas, registro técnico de las valoraciones y consolidado financiero.

14. Mantener durante el plazo de ejecución del contrato y en los lugares que se realicen las actividades, deberá permanecer de manera visible la imagen corporativa de la Alcaldía de Manizales y dar los créditos a esta entidad.	Durante las jornadas se aseguró la visibilidad de la imagen corporativa de la Alcaldía de Manizales y se otorgaron los créditos institucionales correspondientes, se evidencia en los registros fotograficos.
15. Dar aplicación al artículo 50 de la Ley 2195 de 2022 cuando le sea atribuible.	Se adoptaron disposiciones para prevenir actos de corrupción, reforzar la transparencia institucional y promover la cultura de la legalidad e integridad.

INDICADORES:

- PcD Remitidos (148) vs PcD Agendados (148): 100.0 % Pacientes agendados
- PcD Agendados (148) vs PcD Asistentes (139): 93.9 % Pacientes asistentes
- PcD Asistentes (139) vs PcD Certificados (138): 99.3 % Pacientes certificados
- PcD Asistentes (139) vs PcD No certificados (1): 0.7 % Pacientes no certificados
- PcD Agendados (148) vs PcD Inasistentes (9): 6.1 % Pacientes inasistentes

ESTADÍSTICAS DE LA PcD ATENDIDAS

Total personas atendidas: 139

Sexo: 80 hombres (57,6%), 59 mujeres (42,4%)

Víctimas del conflicto armado: 10 personas (7,2%)

Enfermedades huérfanas: 0 casos

Edades por curso de vida:

• Primera infancia (0-5 años)	8
• Infancia (6-11 años)	14
• Adolescencia (12-17 años)	20
• Juventud (18-28 años)	15
• Adultez (29-59 años)	56
• Vejez (60 años y más)	26

TOTAL 139

Área de residencia:

Área de residencia	Número de Personas Atendidas
Urbana	124
Rural	15

Comunas:

Comunas	Número de personas atendidas
ATARDECERES	7
SAN JOSÉ	4
CUMANDAY	14
ESTACIÓN	11
CIUDADELA DEL NORTE	15
ECO CERRO DE ORO	5
TESORITO	2
PALOGRANDE	5
UNIVERSITARIA	15
LA FUENTE	23
MACARENA	8
HORIZONTE	15
TOTAL	**124**

Corregimientos:

Corregimientos	Número de Pacientes Atendidos
COLOMBIA	1
CRISTALINA	2
REMANSO	3
PANORAMA	2
AGROTURISTICO (EL TABLAZO)	4
EL MANANTIAL	2
RIO BLANCO	1
TOTAL	**15**

Tipos de discapacidad	Número de Pacientes Atendidos
Física	37
Visual	6
Intelectual	22
Auditiva	8
Múltiple	50
Psicosocial	15
sordoceguera	0
No certificados por discapacidad	1
TOTAL	139

CONCLUSIONES:

Durante el proceso de las jornadas de certificación de discapacidad se observó:

1. Distribución por sexo: Durante el mes de noviembre se certificaron 139 personas con discapacidad, de las cuales 80 fueron hombres (57,6%) y 59 mujeres (42,4%), evidenciando un predominio de la población masculina.
2. Víctimas del conflicto armado: Se certificaron 10 personas víctimas del conflicto armado (7,2%), mientras que 129 personas (92,8%) no reportaron esta condición.
3. Enfermedades huérfanas: En este periodo no se presentaron casos de certificación asociados a enfermedades huérfanas.
4. Durante el mes de noviembre de 2025, el grupo con mayor número de certificaciones correspondió a la adultez (29-59 años) con 56 personas, lo que representa el 40% del total atendido. En segundo lugar se encuentra la vejez (60 años y más) con 26 personas (19%), seguida por la adolescencia (12-17 años) con 20 personas (14%). Posteriormente se ubica la infancia (6-11 años) con 14 personas (10%), la juventud (18-28 años) con 15 personas (11%), y finalmente la primera infancia (0-5 años) con 8 personas (6%). Estos resultados evidencian que la mayor demanda de certificación se concentra en la población adulta y mayor, mientras que los grupos de primera infancia y juventud presentan menor participación.
5. El tipo de discapacidad más frecuente fue la múltiple, con 50 personas certificadas (36%), seguido de la física, que registró 37 personas (27%). En tercer lugar se encuentra la intelectual, con 22 personas (16%), y posteriormente la psicosocial, con 15 personas (11%). Las discapacidades auditiva y visual tuvieron menor representación, con 8 (6%) y 6 (4%) personas respectivamente. Finalmente, se reportó 1 persona (1%) que no fue certificada por discapacidad y no se registraron casos de sordoceguera en este periodo.
6. La comuna con mayor número de personas atendidas fue La Fuente (23 personas), seguida de Ciudadela del Norte, Universitaria y Nuevo Horizonte (15 cada una). También se destacan Cumanday (14), Estación (11) y Macarena (8). Las demás comunas registraron entre 2 y 7 personas atendidas.
7. Se atendieron personas en diferentes corregimientos, siendo Agroturístico/El Tablazo (4 personas) el de mayor participación, seguido de Remanso (3), Cristalina (2), Manantial (2) y Panorama (2). Los corregimientos Colombia y Río Blanco registraron 1 persona cada uno.
8. Se mantuvo la aplicación del consentimiento informado, la confidencialidad de la información y la transparencia en el proceso, garantizando la calidad y oportunidad en la atención.

INFORME FINANCIERO:

durante el mes de noviembre se realizaron en total 139 certificados que se describen así:

San Isidro E.S.E. DE MANIZALES

CONCEPTO	VALOR	DETALLES
Valor del contrato	150.000.000	Monto total asignado
Monto gastado	38.334.171	Gasto acumulado hasta la fecha
Saldo restante	111.665.829	Disponible para futuros gastos
% Gastado	25,56%	Proporción del contrato utilizado

Derly Yohana Ardila Barragán
Psicóloga

LISTADO DE ANEXOS

No	DESCRIPCIÓN	MEDIO	
		FÍSICO	DIGITAL
1	Base de datos con la información de los usuarios atendidos		X
2	Planillas de asistencia de los usuarios atendidos	X	
3	Archivo fotográfico de cada jornada		X
4	Archivo digital de los certificados generados		X
5	Evidencia fotográfica de la imagen corporativa de la Alcaldía de Manizales en el lugar donde se realiza el registro		X
6	Consentimientos diligenciados	X	X

ALCALDÍA DE MANIZALES

INTE[illegible]CIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA

REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

Versión en revisión

Contratista H. General. San Isidro — N° Contrato — Mes Noviembre 28/2025

Responsable Grupo certificados — Tipo de actividad certificacion — Duración

idos	Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Víctima (SI-NO)	Grupo étnico (ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno (ver lista)	Grupo priorizado	Programa	Firma
Isabel	CB	75090345	47	H	M	3113197301	Persia	Fuente	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	JOSE NOVOA
Jaramillo	CC	9B46096	52	H	m	3122370	Americas	Comuneros	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
Zeo Segura	CC	10266377	61	H	M	3172397049	Hama	Cerro de Oro	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Jesus Fernando Zeo Segura
Lozano Rodriguez	CC	30237992	41	M	F	3008592637	Bengala	C. Norte	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
Osorio	TI	1054897887	15	M	F	3132611519	Villa Hermosa	Nte Horizonte	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Adriana Velazquez Os
Cardona	CC	7708278	70	H	M	3137417736	No XII	Universitaria	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Maria de los Angeles
Jorge Lozano	CC	6574188	71	H	M	3205260860	La Palmera	Colombia	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Pablo E. Correo
Zorrilla	CC	7564147	54	H	M	3137066830	Malabar	Universitaria	SI	SI	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
Granada	TI	1054889686	7	H	M	3108914744	Fatima	Universitaria	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
Lopez	TI	1053667592	8	H	M	3156247001	Versalles	Fuente	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Juan José Arenas
Tavera	RC	1054209917	6	M	F	3128885261	Velez	Fuente	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Jacobo
Garcia Cano	CC	1053860614	26	H	M	3115368951	Villa Nura	Cristalina	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Kagan Cano 606.
Vanegas	TI	1088814624	15	H	M	3136099196	Esquilandia	C. Norte	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Mary Luz
de Cardona	CC	30265943	62	M	F	3136574621	Villa Santa Clara	Hermosa	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Andres Felipe
Carbon	TI	1054871081	16	M	F	3128691879	Villa Hermosa	N. Horizonte	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
Vasquez	CC	1609943858	14	H	M	3125720094	Veracruz	Estacion	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Hoy CORO
Martinez	CC	10249412	74	H	M	3217260976	Nevado	Fuente	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Jose Norey V
Martinez	CC	30271385	48	M	F	3217260974	Nevado	Fuente	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Elsa M. Gutierrez S.
Martinez	CC	30330248	56	M	F	3217260974	Nevado	Fuente	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Elsa M. Gutierrez S.
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	

ontrario escriba NA (No aplica)

E: Cedula de Extranjeria, P: Pasaporte, PEP: Permiso Especial de Permanancia, RC: Registro Civil, SI: Sin Identificación, Ti: Tarjeta de Identidad

binario.

: Raizales; PA: Palenqueros; IN: Indigenas, RO: Room; NA: No Aplica

scolar.

Ley 1581 de 2012. "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por el personal de salud (nombres) _____, que los responsables del tratamiento de mis datos personales son la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____, los cuales recolectarán, usarán y

ción y apoyo de temas relevantes en el tema de Salud. Reconozco el carácter voluntario en responder preguntas que versen sobre datos personales y mis derechos como titular de los datos, que incluyen el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así

rgado para el, así como la garantía de la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos. Por ello autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ para recolectar y tratar mis datos personales de acuerdo con la información suministrada y según el programa de atención desarrollado.

En relación con lo anterior, yo (nombre) _____ autorizo como responsable institucional de la actividad, el registro de los datos de los NNA

ALCALDÍA DE MANIZALES

INTE[illegible]CIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA

REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

Versión en revisión

Contratista Hospital General San Isidro N° Contrato 3500277097 Mes Noviembre

Responsable Grupo certificados Tipo de actividad certificacion Discapacidad Duración

idos	Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Víctima (SI-NO)	Grupo etnico (ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno (ver lista)	Grupo priorizado	Programa	Firma
a Correa	CC	30309551	58	M	F	3091693070	La Isla	Fuente	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	*Gloria Patricia C.
o Velasquez	CC	30318990	55	M	F	3157962825	Solferino	N. Horizonte	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Gloria V
que Gonzalez	CC	75071715	52	H	M	3164894261	Estambul	Macarena	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	*
Grajales	CC	30336945	55	M	F	3147261137	Bosque Norte	C. Norte	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	GLORIA PATRICIA
ez G	CC	6390773	44	H	M	3116281869	Arboleda	Palogrande	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	*
o Lopez	CC	16262092	62	H	M	3137269226	Solferino	N. Horizonte	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	*
Carolina	TI	1054878943	13	H	M	3126079885	Samaria	N. Horizonte	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	* Esteban Valencia
Cadena	CC	1053797777	36	M	F	3126079885	Samaria	N. Horizonte	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	* Jeidy Cardona B
ya G.	CC	1193458606	24	H	M	3137628276	Fundadores	Cuarenta y	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	*
Marin	CC	41414557	77	M	F	3146352[illegible]	Versalles	Estación	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Veronica Mar
dez Zuleta	TI	1054879621	13	H	M	3011404773	Guamal	Fuente	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Mateo H. Z
n Serna	CC	1053866084	27	H	M	3135975695	Nevado	Fuente	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	*
la Hoyos	CC	30329436	54	M	F	3006171346	Centro	Comuna		NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	*
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	

contrario escriba NA (No aplica).

CE: Cedula de Extranjería, P: Pasaporte, PEP: Permiso Especial de Permanancia, RC: Registro Civil, SI: Sin Identificación, TI: Tarjeta de Identidad

o binario.

A: Raizales; PA: Palenqueros; IN: Indigenas, RO: Room; NA: No Aplica.

Escolar.

a Ley 1581 de 2012: "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por el personal de salud (nombres) _____, que los responsables del tratamiento de mis datos personales son la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ los cuales recolectarán, usarán y
cción y apoyo de temas relevantes en el tema de Salud. Reconozco el carácter voluntario en responder preguntas que versen sobre datos personales y mis derechos como titular de los datos, que incluyen el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así
orgado para el, así como la garantía de la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos. Por ello autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Secretaría de Salud Pública de Manizales y
_____ para recolectar y tratar mis datos personales de acuerdo con la información suministrada y según el programa de atención desarrollado.

En relación con lo anterior, yo (nombre) _____ autorizo como responsable institucional de la actividad, el registro de los datos de los NNA

ALCALDÍA DE MANIZALES
INTERVE... ONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA
REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

Versión en revisión

Contratista Hospital General San Isidro N° Contrato 2508270871 Mes Noviembre
Responsable Grupo certificador Tipo de actividad certificacion Discapacidad Duración

...os	Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Victima (SI-NO)	Grupo etnico (ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno (ver lista)	Grupo priorizado	Programa	Firma
Zuleta Maria	CC	66751696	55	M	F	3206451851	La Abeleda	Estacion	Si	No	MA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
...ria Gredb.	CC	75076.804	50	H	M.	3147559463	Villapilar	Atardeceres	Si	NO	MA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Diego Ramirez Cogollo
...lado Lopez	CC	1053842183	30	H	M	3103955984	Carola.	N. Horizonte	Si	NO	MA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Daniel Galindo
...obal V.	CC	24331489	44	M	F	3104537165	Bavaria.	Estacion	Si	NO	MA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
...ez R.	CC	10.255 857	163	H	M	3113388698	villapilar	Atardeceres	Si	No	MA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
...ramillo	TI	1055756775	16	M	F	3218797827	Sdpenon	N. Horizonte	Si	No	MA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Camila Granillo
Sierra	C.C	1053856068	28	H	M	3117915875	Alto Pavenio	N. Horizonte	Si	NO	MA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Andres Jhovany Sierra B
Rinco	TI	1054863618	17	M	F	3152376409	Nevado	Fuente	Si	NO	MA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Alisson Vallejo
...ales	CC	24838444	63	M	F	3117915874	Centro	Cumanday	SI	SI	MA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Angelica Morales
...s Bernal	TI	1054870193	16	M	F	3193220474	Santa Helena	Estacion	Si	NO	MA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Nicolle C.
...escera	CC	30307109	57	M	F	3137737859	Alto Combe	C. Norte	Si	NO	MA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
...zales	CC	10832230	58	H	M	3104733782	San Cayetano	C. Norte	Si	NO	MA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	

contrario escriba NA (No aplica)
CE: Cedula de Extranjeria, **P:** Pasaporte. **PEP:** Permiso Especial de Permanancia, **RC:** Registro Civil, **SI:** Sin Identificación, **TI:** Tarjeta de Identidad

lo binario.
IA: Raizales; **PA:** Palenqueros; **IN:** Indigenas, **RO:** Room; **NA:** No Aplica.
Escolar

a Ley 1581 de 2012: "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por el personal de salud (nombres) _____, que los responsables del tratamiento de mis datos personales son la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____, los cuales recolectarán, usarán y ección y apoyo de temas relevantes en el tema de Salud. Reconozco el carácter voluntario en responder preguntas que versen sobre datos personales y mis derechos como titular de los datos, que incluyen el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así lorgado para el, así como la garantía de la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos. Por ello autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ para recolectar y tratar mis datos personales de acuerdo con la información suministrada y según el programa de atención desarrollado.

En relación con lo anterior, yo (nombre) _____ autorizo como responsable institucional de la actividad, el registro de los datos de los NNA

ALCALDÍA DE MANIZALES

INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA

REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

Versión en revisión

Contratista 14-6.5-1 N° Contrato 25882709771 Mes Noviembre 21

Responsable Grupo caracterización Tipo de actividad extramural Duración

idos	Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Víctima (SI-NO)	Grupo etnico (ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno (ver lista)	Grupo priorizado	Programa	Firma
Rodriguez	TI	1056132809	10	F	M	3018048365	Palmira	Remanso	SI	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	michell
Alape	RC	24341313	06	F	M	3132744068	Norte	C Norte	SI	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Samanta G.
Hamm	CC	7507438	51	M	H	3016154082	la isla	Fuente	SI	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	ALBERTO MOCHP
[illegible]	CC	1046977777	37	F	M	3133711A	Niza	ecoturismo	SI	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	ADRIANA CAMILA.
[illegible]	TI	1054718819	16	F	M	3241290377	Alto Tablazo	[illegible]	SI	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	manuela
[illegible]	CC	10207627	55	M	H	3117200901	Bosq. Norte	C. Norte	SI	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	[illegible]
[illegible]	RC	570620	41	M	H	3005423817	[illegible]	[illegible]	SI	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	[illegible]
[illegible]	RC	1055762615	5	M	H	San Isidro	3027720942	Comuneros	SI	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Angelica Sanchez M.
[illegible]	CC	30396487	47	F	M	3207684078	[illegible]	Pajarera	SI	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	[illegible]
[illegible]	TI	1028700087	16	M	H	3184289	[illegible]	San Jose	SI	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Yostin S.A.
[illegible]	CC	1087594	40	M	H	3216895	Sinai	N. Horizonte	SI	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	[illegible]
[illegible]	TI	1054367	17	F	M	302 136	Sinai	N. Horizonte	SI	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	[illegible]
[illegible]	TI	1054400875	10	M	H	3106834698	[illegible]	[illegible]	SI	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Emiliano
[illegible]	RC	1142727264	20m	F	M	3133724328	[illegible]	N Horizonte	SI	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Dana A S
[illegible]	TI	1054029769	12	M	H	3133724128	[illegible]	[illegible]	SI	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Ximena [illegible]
[illegible]	CC	1054702131	35	F	M	3224157408	[illegible]	Palogrande	SI	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	[illegible]
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	

contrario escriba NA (No aplica)

CE: Cedula de Extranjeria, P: Pasaporte, PEP: Permiso Especial de Permanancia, RC: Registro Civil, SI: Sin Identificación, TI: Tarjeta de Identidad

lo binario.

A: Raizales, PA: Palenqueros, IN: Indigenas, RO: Room, NA: No Aplica.

Escolar.

a Ley 1581 de 2012: "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por el personal de salud (nombres) _____, que los responsables del tratamiento de mis datos personales son la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____, los cuales recolectarán, usarán y ección y apoyo de temas relevantes en el tema de Salud. Reconozco el carácter voluntario en responder preguntas que versen sobre datos personales y mis derechos como titular de los datos, que incluyen el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así torgado para el, así como la garantía de la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos. Por ello autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ para recolectar y tratar mis datos personales de acuerdo con la información suministrada y según el programa de atención desarrollado.

En relación con lo anterior, yo (nombre) _____ autorizo como responsable institucional de la actividad, el registro de los datos de los NNA

ALCALDÍA DE MANIZALES

INT[illegible]ENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA

REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

Versión en revisión

Contratista Hospital General San Isidro N° Contrato 2508270971 Mes Noviembre

Responsable Grupo certificador Tipo de actividad certificacion Discapacida Duración

dos	Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Víctima (SI-NO)	Grupo etnico (ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno (ver lista)	Grupo priorizado	Programa	Firma
Le Arias	CC	1053855254	29	M	F	3205207228	Via Neira	Manantial	Si	No	No	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	#Fabio Arias
z FRANCO	RC	1201474570	6	H	M	3228514853	NIZA	Ecoturistico	Si	NO	No	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	-Hayer FB.
alvis	CC	1053788817	36	M	F	3148327	los Cambulos	Universitario	Si	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	-CHGH.
a Gallego	CC	1007230977	25	H	M	3135753455	San Jorge	la estacion	Si	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	-Yma Maria Gs.
Galvis	C.C	30410254	47	M	F	3215743107	Alto Bonito	C Manantial	Si	NO	NO.	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Gloria Galvis
arez H	CC	1053787257	38	M	F	3136911564	Santos	Fuente.	Si	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	-Martha Suarez H.
les R	CC	75070465	52	H	M	3207070114	Vcarmenza	Fuente.	Si	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Juan Felipe Garcia
Murillo	CC	1053794216	18	H	M	3218341835	Aranjuez	Universitario	Si	NO	NO.	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	#Luz Murillo G.
tero Sanchez	TI	1055759612	12	H	F	3005477144	Solidaridad	Fuente.	Si	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	#Jessica
garin	RC	1056145837	2	H	F	3166981493	San Sebas	C Norte	Si	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	#Andres M. Jaramillo
Marin	CC	66654768	54	M	F	3217169770	San Jorge	la Estacion	Si	No	No	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	#Andres M. Jaramillo
les Uribe	TI	1056139798	7	H	M	3128030402	Prado	la Fuente.	Si	NO	NO.	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Luz Andrea Uribe F.
a Hoyos	CC	30235264	43	M	F	3176836867	Carmen	Macarena	Si	No	No	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Paula Cattle
Ocampo	CC	1002938988	23	H	M	3028637327	Sanjorge	la estacion	AVD	NO	NO.	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	

ontrario escriba NA (No aplica)

CE: Cedula de Extranjeria, P: Pasaporte, PEP: Permiso Especial de Permanancia, RC: Registro Civil, SI: Sin Identificación, TI: Tarjeta de Identidad

o binario.

A: Raizales; PA: Palenqueros; IN: Indigenas, RO: Room; NA: No Aplica.

escolar.

la Ley 1581 de 2012; "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por el personal de salud (nombres) _____, que los responsables del tratamiento de mis datos personales son la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____, los cuales recolectarán, usarán y cción y apoyo de temas relevantes en el tema de Salud. Reconozco el carácter voluntario en responder preguntas que versen sobre datos personales y mis derechos como titular de los datos, que incluyen el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así orgado para el, así como la garantía de la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos. Por ello autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ para recolectar y tratar mis datos personales de acuerdo con la información suministrada y según el programa de atención desarrollado.

En relación con lo anterior, yo (nombre) _____ autorizo como responsable institucional de la actividad, el registro de los datos de los NNA

ALCALDÍA DE MANIZALES

INTE[illegible]NCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA

REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

Versión en revisión

Contratista Hospital general San Isidro Nº Contrato 2508270911 Mes Noviembre

Responsable Grupo certificado Tipo de actividad certificacion Duración

dos	Tipo ID (*)	Nº Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Víctima (SI-NO)	Grupo étnico (ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno (ver lista)	Grupo priorizado	Programa	Firma
ssa Castrillon	TI	1054401265	7	H	M	3228910539	Nevado	Fuente	Si	No	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
nchez anos	CC	38285362	55	M	F	3015801854	enea	Tesorito	Si	Si	No	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Barcladis Sanchez
campo	TI	1088280937	17	H	M	3023061217	Arrayanes	Fuente	Si	No	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Claudia Castrillon
cerquia	CC	16079148	41	H	M	3113377935	Arboleda	Palogrande	Si	No	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Jegn cayos
lo Tabares	CC	75090474	46	H	M	3205853894	El cacaotal	Macarena	Si	No	No	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
lvarez	CC	1059811207	59	M	F	3215906877	Fatima	Universitario	Si	No	No	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
Clavijo	RC	1056141136	6	M	F	3052077805	Campo Amor	Comuneros	Si	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Yeralin G. L
Toro	CC	75104821	40	H	M	3008136928	San Sebastian	C. Norte	Si	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Carlos Andres Toro.
o de Mari	CC	25112132	85	M	F	3232898175	Cuchilla del salado	Remanso	Si	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	*Maria Ruby
OROZCO	RC	1056143738	5	H	M	3114263780	Minitas	C. Cedeño	Si	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Ambar Orozco
rillo	TI	1054867678	17	H	M	3225730130	Cedros	Estacion	Si	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Juan Jose Murillo
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	

contrario escriba NA (No aplica)

CE: Cedula de Extranjeria, P: Pasaporte, PEP: Permiso Especial de Permanancia, RC: Registro Civil, SI: Sin Identificación, TI: Tarjeta de Identidad

o binario.

A: Raizales; PA: Palenqueros; IN: Indigenas, RO: Room; NA: No Aplica.

Escolar.

a Ley 1581 de 2012: "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por el personal de salud (nombres) _____, que los responsables del tratamiento de mis datos personales son la Secretaria de Salud Pública de Manizales y _____, los cuales recolectarán, usarán y ección y apoyo de temas relevantes en el tema de Salud. Reconozco el carácter voluntario en responder preguntas que versen sobre datos personales y mis derechos como titular de los datos, que incluyen el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así lorgado para el, así como la garantía de la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos. Por ello autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ para recolectar y tratar mis datos personales de acuerdo con la información suministrada y según el programa de atención desarrollado.

En relación con lo anterior, yo (nombre) _____ autorizo como responsable institucional de la actividad, el registro de los datos de los NNA

ALCALDÍA DE MANIZALES
INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA
REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

Versión en revisión

Contratista Hospital General San Isidro N° Contrato 2508C70971 Mes Noviembre
Responsable Grupo certificador Tipo de actividad Certificar Discapacidad Duración

idos	Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Víctima (SI-NO)	Grupo etnico (ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno (ver lista)	Grupo priorizado	Programa	Firma
olm Palacio	TI	1054877164	14	H	M	312 791 7923	Bajo Persia	Fuente	SI	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Jeronimo (alfaro)
Alvarez	TI	1055761920	7	H	M	300 [illegible]	Galicia	Nuevo Horizonte	SI	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Alba Castro
Cardona	CC	1053795417	38	H	M	314612 6067	B. Colombia	Universitario	SI	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Juan C. Vera
ondhez	CC	4337798	69	H	M	3142641537	Hotel Granada	Norte	SI	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Victor Hgandez
Imuldez	CC	24988998	67	M	F	3207685	Estambul	Macarena	SI	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Sebastian Bermudez
e Olaya	CC	1053 803	33	M	H	3245456080	Navado	La Fuente	SI	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Mario Aguirre
Alzate	CC	1053 784	76	H	M	3044035	Americas	Cimadevilla	SI	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Laura Tobon
S Montoya	CC	1607368	43	M	H	3054537	Bosque	Macarena	SI	NO	NO	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Mauricio Rios
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	

contrario escriba NA (No aplica)
CE: Cedula de Extranjeria, **P:** Pasaporte, **PEP:** Permiso Especial de Permanancia, **RC:** Registro Civil, **SI:** Sin Identificación, **TI:** Tarjeta de Identidad

lo binario.
ZA: Raizales; PA: Palenqueros; IN: Indigenas, RO: Room; NA: No Aplica.
Escolar.

la Ley 1581 de 2012: "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por el personal de salud (nombres) _____, que los responsables del tratamiento de mis datos personales son la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____, los cuales recolectarán, usarán y ección y apoyo de temas relevantes en el tema de Salud. Reconozco el carácter voluntario en responder preguntas que versen sobre datos personales y mis derechos como titular de los datos, que incluyen el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así torgado para el, así como la garantía de la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos. Por ello autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ para recolectar y tratar mis datos personales de acuerdo con la información suministrada y según el programa de atención desarrollado.

En relación con lo anterior, yo (nombre) _____ autorizo como responsable institucional de la actividad, el registro de los datos de los NNA

ALCALDÍA DE MANIZALES

INTE...NCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA

REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

Versión en revisión

Contratista Hospital General San Isidro N° Contrato 2508270971 Mes Noviembre

Responsable Grupo caracterización Tipo de actividad caracterización Discapacidad Duración

...idos	Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Víctima (SI-NO)	Grupo etnico (ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno (ver lista)	Grupo priorizado	Programa	Firma
Ocampo	TI	1056134755	9	M	F	3002394951	Bajo Persia	Fuente	Si	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
da V.	C.C.	1053862338	21	M	F	3226866338	villa hermosa	Fuente	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
Arias	C.C.	3023610445	45	M	F	3104279374	Colinas	Tesorito	Si	No		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
go de Cast	C.C.	24311835	82	M	F	3148131450	vereda Guacharaca alt.	Panorama	Si	N		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
Zuluaga	CC.	1053807114	34	M	F	3044068622	Peñon	Cumanday	Si	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
quez	C.C.	1053773484	20	M	F	3159390785	Galan	San Jose	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
cs H	CC	1023582470	70	H	M	3016824964	Pe Los	San Jose	Si	No		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
Muñoz	CC	98579489	53	H	M	3007266963	Bajo Tablazo	Tablazo	SI	SI		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
Osorio	C.C	75070811	52	H	M	3153024744	Americas	Cumanday	SI			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
...con	C.C.	1058138872	19	M	F	3148208257	Portal Sol	C. Norte	SI			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
Cordero	C.C.	1054865070	27	H	M	3114424887	Fatima	Universitario				NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
ios	C.C	25149261	86	M	F	3133769366	Alta Suiza	Estratificado				NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
...nar	CC	51732746	61	M	F	3128764562	Fatima	Universitario				NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	

...ontrario escriba NA (No aplica)

...CE: Cedula de Extranjeria, P: Pasaporte, PEP: Permiso Especial de Permanancia, RC: Registro Civil, SI: Sin Identificación, TI: Tarjeta de Identidad

...o binario,

...A: Raizales; PA: Palenqueros; IN: Indígenas, RO: Room; NA: No Aplica.

...Escolar.

...i Ley 1581 de 2012: "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por el personal de salud (nombres) _____, que los responsables del tratamiento de mis datos personales son la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____, los cuales recolectarán, usarán y ...cción y apoyo de temas relevantes en el tema de Salud. Reconozco el carácter voluntario en responder preguntas que versen sobre datos personales y mis derechos como titular de los datos, que incluyen el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así ...orgado para el, así como la garantía de la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos. Por ello autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ para recolectar y tratar mis datos personales de acuerdo con la información suministrada y según el programa de atención desarrollado.

En relación con lo anterior, yo (nombre) _____ autorizo como responsable institucional de la actividad, el registro de los datos de los NNA

ALCALDÍA DE MANIZALES
INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA
REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

Versión en revisión

Contratista H.G.S.F N° Contrato 3508270971 Mes Noviembre 12-25
Responsable Grupo caminadores Tipo de actividad Certificados Duración

Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Víctima (SI-NO)	Grupo etnico (ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno (ver lista)	Grupo priorizado	Programa	Firma
RC	1054892092	5	M	H	3213338938	Bosques Norte	C. Norte	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Juana Quintero
CC	43472593	58	F	M	3135533207	Fundadores	Estación	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Maria olga
CC	30323940	53	F	M	3544666	Colinas	Cristal	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Luz Adriana
CC	10538578	124	M	H	3223707	Carmen	Versalles	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Jaime Cano
CC	16076679	46	M	H	3206284003	Los Cipreses	C. Norte	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Yonath Cortes
CC	1790837	37	M	H	3218137578	20 de Julio	Malhabar	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Luis Gonzalo
TI	1060656466	18	M	H	3104418013	Linares	Cervantes	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Maria Fernanda Zapata
CC	10538206663	20	M	H	3127004184	Los Cristales	Cervantes	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Maria Nubia Ra
CC	30314409	56	F	M	3043338274	Galicia	Palermo	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Juliana Buenaño
TI	1004877601	14	H	M	3104904	Los Cristales	Cervantes	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Esteban
CC	1032184	41	H	M	3218671	Ciudad Bosques	Tablaza	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Mauricio
CC	30295699	71	F	M	3186543677	Palermo	Palermo	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Yuly Ramos
TI	1151907	13	F	M	3116797867	Liborio	Catalina	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	María Salome
TI	1151407	13	F	M	3116797867	Liborio	Catalina	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Ana Sofia
CC	1060506	18	M	H	3115378	Bosques	Atardeceres	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Jeronimo
RC	1053	11	H	M	3146233242	Chipre	Atardeceres	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Franyeli
											NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
											NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
											NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
											NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
											NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	

contrario escriba NA (No aplica)
CE: Cedula de Extranjeria, **P:** Pasaporte, **PEP:** Permiso Especial de Permanancia, **RC:** Registro Civil, **SI:** Sin Identificación, **TI:** Tarjeta de Identidad

lo binario.
IA: Raizales; **PA:** Palenqueros; **IN:** Indigenas, **RO:** Room; **NA:** No Aplica
Escolar.

a Ley 1581 de 2012: "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por el personal de salud (nombres) _____, que los responsables del tratamiento de mis datos personales son la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____, los cuales recolectarán, usarán y acción y apoyo de temas relevantes en el tema de Salud. Reconozco el carácter voluntario en responder preguntas que versen sobre datos personales y mis derechos como titular de los datos, que incluyen el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así torgado para el, así como la garantía de la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos. Por ello autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ para recolectar y tratar mis datos personales de acuerdo con la información suministrada y según el programa de atención desarrollado.

En relación con lo anterior, yo (nombre) _____ autorizo como responsable institucional de la actividad, el registro de los datos de los NNA

ALCALDÍA DE MANIZALES

INTER[illegible]CIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA

REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

Versión en revisión

Contratista Hospital G. San Isidro Nº Contrato 2508270971 Mes Noviembre

Responsable Grupo Discapacidad Tipo de actividad certificacion Discapacidad Duración

idos	Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-TI-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Victima (Si-NO)	Grupo etnico (ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno (ver lista)	Grupo priorizado	Programa	Firma
, Gomez	CC	10268980	60	H	M	3137425491	El Trebol	Palogrande	Si			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
. florez	CC	1053775856	20	M	F	3043811010	Betania	Universitaria	Si			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
Gomez	TI	1084065361	7	H	M	3217218139	Nevado	Fuente	Si			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
iria	CC	4579255	68	H	M	3192624477	Carmen	Macarena	Si			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
Fernandez	RC	1056146069	1	M	F	3126746770	Bajo pensa	Fuente	Si			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
ntero Aguirre	CC	19360530	71	H	M	3219960918	Bosque	C. Norte	Si			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
año Pinoda	CC	10252823641		H	M	3136141791	San jorge	Estacion	Si			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
opez Estrada	CC	10240760	70	H	M	3108301373	las Americas	Cumanday	Si			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
n Moscoso	CC	1054856493	21	H	M	3223108007	Las America	Cumanday	Si			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	T.M
Diaz	RC	1056146013	2 meses	M	F	3022148109	Paraiso	Fuente	Si			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
)ez	CC	1053779886	38	H	M	3137625431	la carolita	Horizonte	Si			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Sergio
ivera	CC	10267381	61	H	M	3196011298	Aranjuez	Universitaria	Si			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
Salazar	CC	10221951	75	H	M	3052090308	Manizales	San jose	S			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
do Duque	TI	1056125942	15	H	M	3107513036	Fatima	Universita	Si			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
Vanino	CC	4355289	81	H	M	3206763946	Vereda Aurora	Panoramo	Si			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
ontoya Hoyos	CC	19049580	76	H	M	3168566348	Malabar	Universitaria	Si			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
ales	TI	1054880082 12	7	H	M	3122591631	Cervantes	Fuente	Si			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
												NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	

contrario escriba NA (No aplica)

CE: Cedula de Extranjeria. P: Pasaporte. PEP: Permiso Especial de Permanencia. RC: Registro Civil. SI: Sin Identificación. TI: Tarjeta de Identidad

lo binario

RA: Raizales. PA: Palenqueros. IN: Indigenas. RO: Room. NA: No Aplica.

Escolar

la Ley 1581 de 2012 "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por el personal de salud (nombres) _____ que los responsables del tratamiento de mis datos personales son la Secretaria de Salud Pública de Manizales y _____ los cuales recolectarán, usarán y ección y apoyo de temas relevantes en el tema de Salud. Reconozco el carácter voluntario en responder preguntas que versen sobre datos personales y mis derechos como titular de los datos, que incluyen el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así llorgado para el, así como la garantía de la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos. Por ello autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ para recolectar y tratar mis datos personales de acuerdo con la información suministrada y según el programa de atención desarrollado.

En relación con lo anterior, yo (nombre) _____ autorizo como responsable institucional de la actividad, el registro de los datos de los NNA