Gobernación Cundinamarca	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

OBJETIVO DE LA REUNION:	FECHA:	ACTA No.
Realizar participacion activa con la comunidad, autoridades locales, miembros de las instituciones educativas y organizaciones sociales, la información relacionada con la participación social para el cambio conductual en la promoción, prevención, vigilancia, inspección, control y elminación de las ETV y las enfermedades zoonóticas a traves de jornadas de capacitacion, COVECOM u otros espacios municipales establecidos (1 sesion mensual por cada municipio asignado)	30 OCTUBRE 2025	

LUGAR:	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
Alcaldía Municipal De Fómeque	3:00 PM	4:00 PM

ORDEN DEL DÍA

1. Bienvenida de los participantes
2. Orden del dia
3. Presentación del jefe Emiliano
4. Presentación del equipo de chagas
   - Avances de la concurrencia zoonosis
   - avances de Tcnico
   - Avances de la psicosocial
5. Recomendaciones de la lider del proceso
6. Participación de la presidenta de las juntas de accion comunal
7. Cierre

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

El dia dia

La reunión inició con las palabras de bienvenida por parte del equipo del **Hospital San Vicente de Paúl**, destacando la importancia del espacio de articulación interinstitucional para fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y control de los eventos de interés en salud pública, en especial las **Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV)** y **zoonosis**.

2. Presentación del jefe Emiliano

El **jefe Emiliano** realizó la apertura formal de la sesión, agradeciendo la presencia de los asistentes y resaltando los avances alcanzados por el municipio en la implementación de las estrategias del **Plan de Interrupción de la Transmisión Intradomiciliaria de la Enfermedad de Chagas**. Asimismo, destacó la importancia de mantener el trabajo conjunto entre las áreas técnica, psicosocial y comunitaria.

Scanned with CamScanner

3. Presentación del equipo de Chagas
El equipo de concurrencia del **programa de Chagas** presentó los logros obtenidos durante el último mes, incluyendo las actividades educativas, jornadas de sensibilización, visitas domiciliarias y procesos de vigilancia entomológica realizados en el área urbana y rural del municipio. Se socializó además la actualización del mapa de riesgo y la priorización de zonas con presencia del vector *Triatoma dimidiata*.

4. Avances de la concurrencia de zoonosis
El referente del componente de **zoonosis** socializó los resultados de las campañas de vacunación antirrábica, la atención de eventos por mordedura y las acciones intersectoriales realizadas en coordinación con la comunidad y el área ambiental. Se destacó el compromiso de la población en la participación de las jornadas y la importancia de continuar fortaleciendo las estrategias de prevención.

5. Avances del componente técnico
El componente técnico presentó los avances en la **vigilancia entomológica**, la recolección y envío de muestras, así como la caracterización de viviendas y la identificación de factores de riesgo estructurales en veredas priorizadas. Se resaltó el trabajo articulado con el Instituto Nacional de Salud (INS) y la Secretaría Departamental para la consolidación de los datos en el sistema de vigilancia.

6. Avances del componente psicosocial
La profesional psicosocial **Daniela Escobar** expuso las actividades educativas y participativas realizadas con diferentes grupos poblacionales, incluyendo niños, adultos mayores y comunidad educativa. Se destacaron las jornadas de sensibilización sobre prevención del Chagas y zoonosis, el fortalecimiento de la participación comunitaria y el desarrollo de talleres de cartografía social urbana y rural.

7. Recomendaciones de la líder del proceso
La **líder del proceso departamental** felicitó al equipo por los avances obtenidos, resaltando el enfoque integral que se ha mantenido en las intervenciones. Recomendó continuar con la articulación intersectorial, reforzar la recolección de evidencias técnicas y fortalecer la comunicación con las comunidades rurales para garantizar la sostenibilidad de las acciones.

8. Participación de la presidenta de las Juntas de Acción Comunal (JAC)
La presidenta de las JAC intervino manifestando el interés de las comunidades en seguir apoyando las estrategias de salud pública. Propuso mantener espacios de trabajo conjunto con los líderes veredales y fortalecer los procesos de educación sanitaria, especialmente en las zonas rurales donde se han identificado factores de riesgo.

9. Cierre
El jefe Emiliano realizó el cierre de la reunión agradeciendo la participación de todos los asistentes. Se acordó realizar seguimiento a los compromisos establecidos y programar la próxima sesión del COVE para el siguiente mes, con el fin de continuar evaluando los avances y fortaleciendo la vigilancia en salud pública del municipio.

CONCLUSIONES

Scanned with CamScanner

La reunión permitió socializar los **avances integrales del programa de Chagas y Zoonosis** en el municipio de Fómeque, consolidando el trabajo interinstitucional y comunitario.

Se reafirmó la importancia de la **coordinación entre los componentes técnico, psicosocial y de zoonosis**, así como el liderazgo del hospital en la gestión de las acciones de vigilancia.

La participación de la comunidad y sus líderes fue fundamental para fortalecer la **vigilancia participativa y la sostenibilidad de las estrategias de prevención**.

Se acordó mantener reuniones periódicas del COVE para monitorear los resultados y consolidar las acciones en curso.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Compromiso y claridad de roles	Dentro todo el periodo que abarque la concurrencia	Todos los actores
Comunicación constante	Dentro todo el periodo que abarque la concurrencia	Todos los actores de la concurrencia
Facilitar datos para iniciar linea base	Dentro todo el periodo que abarque la concurrencia	Entidades correspondientes
Socializar en la comunidad el inicio de la concurrencia	Dentro todo el periodo que abarque la concurrencia	Todos los actores de la concurrencia

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

ASISTENTES:

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
Alexander Cantillo G	Desarrollo Social	Alcaldía Fomeque	
Ana María Pinzón	Abogado Proy. Social	Alcaldía Fom	
Mary Herrera Castro	Gestora Social	HSVPF.	
Ana María Pomeio	Técnico ETV	HSV.P.F	Ana María P
Daniela Escobar Parra	Psicología	HSVPF	
Mayra Lucía Martínez H	Bacteriólogo	HSVPF	Mayra M/H.
Diana Pineda Cadenas	Coordinadora PIC	Alcaldía	Diana Pineda

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 11 ENTREGA 3 **LUGAR: SALA GOOGLE MEET**

EVENTO: REUNIÓN COVE MUNICIPAL FOMEQUE

FOTO N° 1 de 1 **PROVINCIA: ORIENTE**

Fecha de toma (30/10/2025):



Observaciones:

_____

_____

_____

Scanned with CamScanner

NUESTRO SERVICIO ES PENSANDO EN USTED

San Vicente de Paúl
FOMEQUE

Gobernación de Cundinamarca

LA SUBGERERENCIA CIENTIFICA EN CALIDAD DE SUPERVISORA DE LA CONCURRENCIA DE CHAGAS

CERTIFICA QUE:

En los municipios de Choachí y Ubaque, se llevan a cabo las acciones de la concurrencia de CHAGAS, donde se evidencia la actividad de:

"Realizar participación activa con la comunidad, autoridades locales, miembros de las instituciones educativas y organizaciones sociales, la información relacionada con la participación social para el cambio conductual en la promoción, prevención, vigilancia, inspección, control y eliminación de las ETV y las enfermedades zoonóticas a través de jornadas de capacitación, COVECOM u otros espacios municipales establecidos (1 sesión mensual por cada municipio asignado)"

Durante la ejecución de la tercera entrega, no se obtuvo solicitud por parte de la secretaria de Salud de Cundinamarca para la realización de esta actividad.

Dada a los quince (15) días del mes de noviembre 2025.

DANIELA GAMBOA ALMANSA
Coordinadora salud pública HSVPF

Mayra Martinez A

MAYRA LUCIA MARTÍNEZ
Coordinadora concurrencia Chagas

Scanned with CamScanner

INFORME CUALICUANTITATIVO SOBRE LAS ACCIONES REALIZADAS E IMPLEMENTADAS POR EL EQUIPO DE TRABAJO, CON RESPECTO A VIGILANCIA, ENTOMOLOGÍA, PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y CONTROL, ENCAMINADO AL PROGRAMA ORIENTADO A LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN INTRADOMICILIARIA DE TRYPANOSOMA CRUZI, CHAGAS EN LOS MUNICIPIOS DE FÓMEQUE, CHOACHÍ Y UBAQUE CUNDINAMARCA, A TRAVÉS DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE FÓMEQUE.

INFORME 03

Elaborado por:
MAYRA LUCÍA MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

Entidad:
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE FÓMEQUE

Apoyo institucional:
GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA

Lugar y año:
Fómeque, 2025

INDICE

1. Objetivo General.
    1.1 Objetivos Específicos.
2. Introducción.
3. Metodología.
    3.1 Planteamiento del problema.
    3.2 Justificación.
4. Estudio.
    4.1 Tipo de Estudio
    4.2 Población y Muestra
    4.3 Instrumento de recolección de la información
    4.4 Procedimiento
    4.5 Análisis de la Información
    4.6 Consideraciones Éticas
5. Resultados y trabajo de Campo.
    5.1 Resultados y análisis
6. Discusión
7. Conclusiones.
8. Recomendaciones.

1. OBJETIVO GENERAL

Analizar, a través de la aplicación de una encuesta a la comunidad, el nivel de conocimiento sobre la enfermedad de Chagas y los principales factores asociados a la presencia de reservorios del vector transmisor en los municipios de Fómeque, Choachí y Ubaque.

1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar el grado de conocimiento que posee la población sobre la enfermedad de Chagas, sus formas de transmisión y sus consecuencias para la salud.
- ✓ Reconocer los factores ambientales, sociales y culturales que favorecen la presencia del vector transmisor en las viviendas y su entorno.
- ✓ Determinar la percepción comunitaria sobre las medidas de prevención y control de la enfermedad de Chagas en los municipios de estudio.
- ✓ Proponer recomendaciones orientadas a fortalecer las estrategias de educación, prevención y control de la enfermedad en las zonas evaluadas.

2. INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Chagas, también conocida como tripanosomiasis americana, es una patología de origen parasitario causada por el protozoo *Trypanosoma cruzi*. Su principal vía de transmisión es a través del contacto con las heces de insectos infectados, conocidos en Colombia como “pitos”. Estos vectores suelen habitar en grietas de las paredes, techos de palma y estructuras de viviendas rurales precarias, lo que los convierte en un problema relevante en comunidades con limitadas condiciones sanitarias y socioeconómicas.

A nivel mundial, se estima que entre 6 y 7 millones de personas están infectadas por *T. cruzi,* siendo América Latina la región más afectada. En Colombia, según datos del Ministerio de Salud y Protección Social, se calcula que alrededor de 400.000 personas se encuentran infectadas y más de 3 millones están en riesgo de contraer la enfermedad. Los departamentos de Santander, Boyacá y Cundinamarca presentan condiciones ambientales favorables para la proliferación del vector, lo que convierte a estas zonas en puntos de especial vigilancia epidemiológica.

La transmisión de la enfermedad de Chagas no se limita únicamente al vector. Existen otras vías como la transfusión sanguínea, el trasplante de órganos, la transmisión congénita (de madre a hijo) y, en menor medida, el consumo de alimentos contaminados con el parásito. Sin embargo, la vía vectorial sigue siendo la más importante en áreas rurales y periurbanas, donde las viviendas presentan deficiencias estructurales y el control entomológico es limitado.

En los municipios de Fómeque, Choachí y Ubaque, ubicados en la provincia de Oriente del departamento de Cundinamarca, las condiciones geográficas, climáticas y de vivienda pueden favorecer la presencia del vector. A pesar de los esfuerzos institucionales por controlar la transmisión, persisten factores de riesgo asociados a la falta de conocimiento sobre la enfermedad, la escasa participación comunitaria en las estrategias de prevención y la limitada cobertura de los programas de vigilancia.

En este contexto, el presente estudio tiene como propósito analizar, mediante la aplicación de encuestas a la comunidad, el nivel de conocimiento sobre la enfermedad de Chagas y los factores que pueden actuar como reservorios del vector transmisor. Esta evaluación permitirá identificar vacíos de información, prácticas de riesgo y percepciones erróneas sobre la enfermedad, lo cual es fundamental para orientar intervenciones educativas y fortalecer los programas locales de prevención y control.

Asimismo, los resultados obtenidos contribuirán a la generación de estrategias sostenibles de salud pública basadas en la participación comunitaria, el fortalecimiento de la vigilancia entomológica y la promoción de viviendas saludables. De esta manera, se busca no solo reducir la incidencia de la enfermedad de Chagas en los municipios estudiados, sino también aportar al cumplimiento de los objetivos nacionales e internacionales en materia de control de enfermedades transmitidas por vectores.

3. METODOLOGÍA

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad de Chagas continúa siendo una amenaza silenciosa para la salud pública, especialmente en las zonas rurales y semiurbanas de Cundinamarca. En los municipios de Fómeque, Choachí y Ubaque, la persistencia del vector y la posibilidad de transmisión se ven reforzadas por el desconocimiento de la población sobre la enfermedad, su forma de transmisión y las medidas adecuadas de prevención.

La limitada información y sensibilización comunitaria sobre el tema impide una detección oportuna de los casos y una acción colectiva efectiva frente al control del vector. Además, factores como las condiciones estructurales de las viviendas, la presencia de animales domésticos o silvestres cerca del hogar y la falta de educación sanitaria contribuyen a mantener ambientes propicios para la presencia del vector y otras especies transmisoras.

Ante esta situación, surge la necesidad de realizar un diagnóstico participativo que permita conocer el nivel de conocimiento y percepción de la comunidad sobre la enfermedad de Chagas, así como identificar los principales factores que actúan como reservorios o favorecen la presencia del vector. Esta información es esencial para orientar estrategias integrales de prevención, control y educación sanitaria adaptadas al contexto local.

3.2 JUSTIFICACIÓN

La realización de este estudio se justifica por la importancia de fortalecer las acciones de vigilancia y control de la enfermedad de Chagas en los municipios mencionados, desde un enfoque participativo y educativo. Comprender el nivel de conocimiento y las prácticas de la población frente a esta problemática permite identificar vacíos de información, creencias erróneas y comportamientos que incrementan el riesgo de transmisión.

Además, los resultados servirán como base para diseñar programas de educación en salud más efectivos, que promuevan la participación activa de la comunidad en la eliminación de criaderos del vector y en la mejora de las condiciones habitacionales. De igual forma, aportarán evidencia útil para las autoridades locales y regionales en la formulación de políticas públicas orientadas al control sostenible de la enfermedad.

En síntesis, este estudio busca contribuir al fortalecimiento del componente educativo y preventivo en la lucha contra la enfermedad de Chagas, fomentando una comunidad informada, comprometida y capaz de reducir los factores de riesgo asociados a la transmisión vectorial en los municipios de Fómeque, Choachí y Ubaque.

4. ESTUDIO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo corresponde a un estudio de tipo descriptivo y transversal, con enfoque cualicuantitativo, orientado a analizar el nivel de conocimiento que posee la comunidad sobre la enfermedad de Chagas y los factores que pueden actuar como reservorios del vector transmisor en los municipios de Fómeque, Choachí y Ubaque, pertenecientes al departamento de Cundinamarca.

El enfoque descriptivo permite caracterizar el fenómeno en un momento determinado y obtener información relevante sobre las percepciones, conocimientos y prácticas de la población frente a la enfermedad.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población objetivo estuvo conformada por algunos habitantes mayores de 18 años residentes en los municipios de Fómeque, Choachí y Ubaque. Se utilizó un muestreo teniendo en cuenta la accesibilidad de las comunidades y la disposición de los participantes para responder la encuesta.

El tamaño de la muestra se determinó con base en el número de viviendas visitadas en cada municipio, buscando representar las diferentes zonas rurales y urbanas. En total, se aplicaron 18 encuestas distribuidas equitativamente entre los tres municipios.

4.3 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la obtención de los datos se diseñó una encuesta estructurada de aplicación directa, conformada por preguntas cerradas y de opción de respuesta variada. El instrumento se dividió en tres secciones principales:

1. Datos sociodemográficos: edad, sexo y zona de residencia.
2. Conocimiento sobre la enfermedad de Chagas: causas, formas de transmisión, síntomas, diagnóstico y tratamiento.
3. Factores de riesgo y presencia del vector: tipo de vivienda, condiciones ambientales, presencia de animales domésticos o silvestres, y percepción sobre la existencia del vector en la comunidad.

La encuesta fue validada mediante una prueba piloto aplicada a un grupo reducido de personas, con el fin de verificar la claridad de las preguntas y la pertinencia del contenido.

4.4 PROCEDIMIENTO

La recolección de la información se realizó durante el período establecido para el informe número 3 que abarca del 31 de octubre al 14 de noviembre mediante visitas domiciliarias y actividades comunitarias.

Antes de aplicar la encuesta, se explicó a los participantes el propósito del estudio, garantizando la voluntariedad de la participación y la confidencialidad de la información.

Cada entrevista fue realizada por el personal, siguiendo un protocolo estandarizado para asegurar la calidad y uniformidad de los datos obtenidos.

4.5 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los datos recolectados fueron organizados en una base elaborada en Microsoft Excel y posteriormente analizados mediante gráficos para su posterior análisis

Se calcularon los resultados de los datos, así como las variables cuantitativas permitiendo una interpretación clara de los niveles de conocimiento, factores de riesgo y diferencias entre los municipios.

4.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se garantizó el anonimato de los participantes, la confidencialidad de los datos y la obtención de un consentimiento informado verbal antes de iniciar cada entrevista.

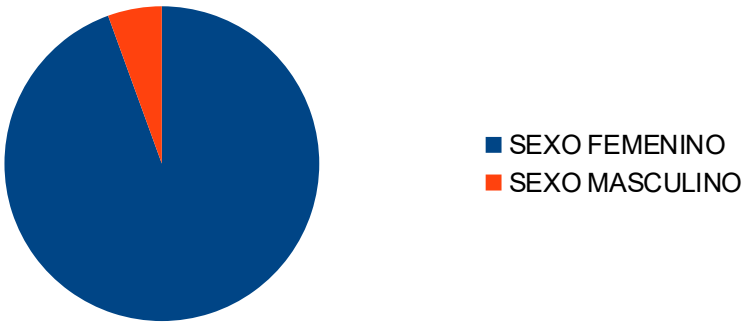
5. MUESTRAS Y TRABAJO DE CAMPO

5.1 RESULTADOS Y ANÁLISIS

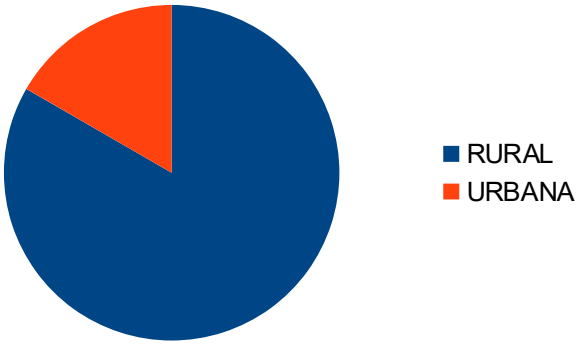
1. **Caracterización sociodemográfica de la población encuestada**

Se aplicaron un total de 18 encuestas distribuidas entre los municipios de Fómeque, Choachí y Ubaque.

Del total de encuestados, el 90 % correspondió al sexo femenino y el 10 % al sexo masculino, con edades comprendidas entre los 28 y 83 años. La mayoría de los participantes se ubicó en un rango de edad que evidencia una población adulta activa en las labores productivas de la región.



Estos datos reflejan una población predominantemente rural, lo cual puede influir en el grado de conocimiento sobre temas de salud pública, como la enfermedad de Chagas.



2. **Conocimiento sobre la enfermedad de Chagas**



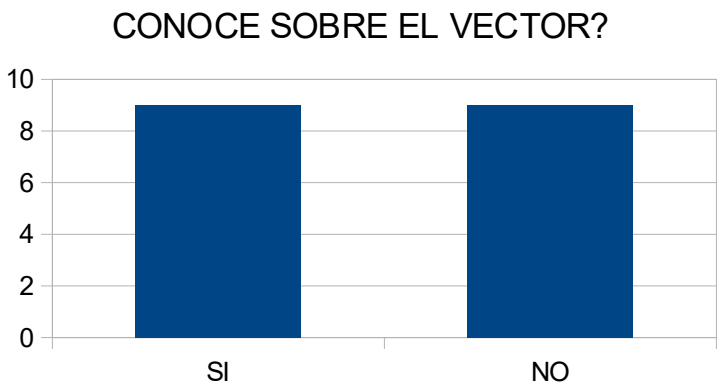
El 60% de los participantes manifestó haber escuchado hablar de la enfermedad de Chagas, mientras que el 40% indicó desconocerla por completo.

Entre quienes afirmaron conocerla, las principales fuentes de información fueron:

- Medios de comunicación (radio, televisión o internet)
- Charlas o campañas de salud
- Familiares o vecinos

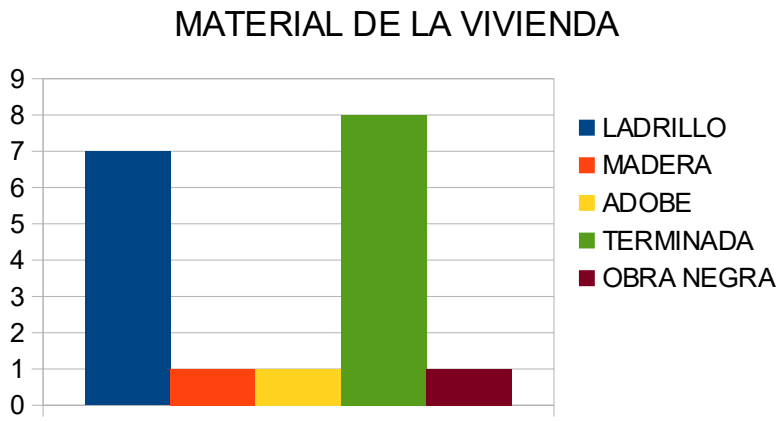
En relación con la causa de la enfermedad, El 50% identificó correctamente al *Trypanosoma cruzi* como agente causal, mientras que el otro 50% la atribuyó a otros factores erróneos como “picaduras comunes de insectos” o “malas condiciones de higiene”.

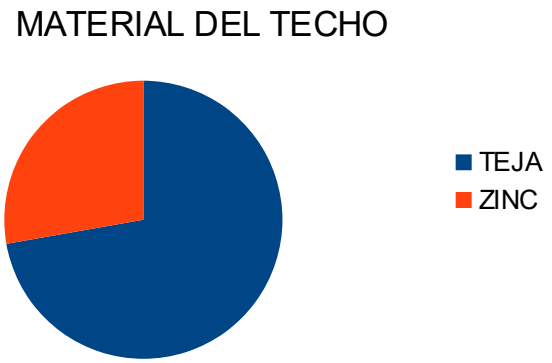
Respecto a las formas de transmisión, La mitad de los encuestados reconoció al “pito” como el principal vector, y la otra mitad mencionó desconocer la forma de la transmisión de la enfermedad.



Estos resultados evidencian la persistencia de vacíos en el conocimiento sobre la enfermedad, especialmente en la identificación del vector y los mecanismos de contagio.

3. Factores de riesgo y presencia del vector

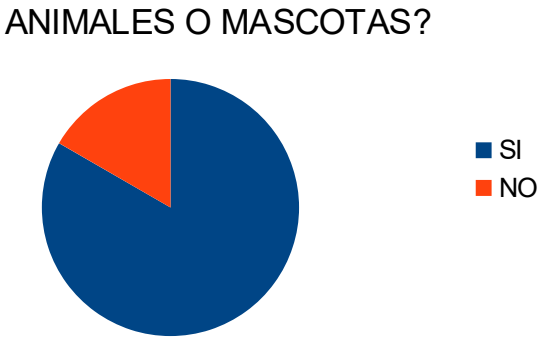




En cuanto a las condiciones de vivienda, el 1% de los hogares encuestados presentó paredes de bahareque o adobe, y el 70% techos de teja, materiales que pueden favorecer la presencia del vector al ofrecer refugios en las grietas.



El 50 % de los encuestados afirmó conocer insectos similares al “pito” dentro o alrededor de sus viviendas, mientras que el 50% manifestó desconocer su apariencia. Asimismo, el 80% indicó tener presencia de animales domésticos o silvestres (como gallinas, perros, gatos, vacas, loros o zarigüeyas) cerca del hogar, lo que constituye un factor adicional de riesgo por la posibilidad de actuar como reservorios del parásito.



4. Percepción comunitaria y prácticas preventivas

A pesar de que una proporción significativa de los participantes reconoce la importancia de mantener la vivienda limpia, las acciones preventivas específicas frente al vector del Chagas aún son limitadas.

5. Análisis general

Los resultados permiten observar que, aunque existe cierto nivel de conocimiento sobre la enfermedad de Chagas, este es superficial y en muchos casos inexacto. La mayoría de la población asocia la enfermedad con la picadura de insectos, pero desconoce el ciclo biológico del vector, la forma real de transmisión y las medidas efectivas de prevención.

Asimismo, las condiciones estructurales de las viviendas, el entorno rural y la convivencia con animales domésticos pueden incrementar la vulnerabilidad de las comunidades frente al vector. Esta situación se ve agravada por la falta de programas continuos de educación sanitaria y la baja cobertura de las campañas de control vectorial.

En conjunto, los hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer la educación comunitaria y la participación activa de la población en las estrategias de vigilancia y prevención de la enfermedad de Chagas en los municipios de Fómeque, Choachí y Ubaque.

6. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio evidencian que, si bien una parte de la población de los municipios de Fómeque, Choachí y Ubaque ha escuchado hablar de la enfermedad de Chagas, el conocimiento general sobre sus causas, mecanismos de transmisión y medidas preventivas continúa siendo limitado.

El desconocimiento sobre el *Trypanosoma cruzi* como agente causal, así como la confusión respecto a las formas de contagio, revela la necesidad de fortalecer las estrategias de educación sanitaria a nivel comunitario. A pesar de la existencia de programas institucionales de control vectorial, su impacto suele verse reducido por la falta de continuidad y la escasa participación de la comunidad en las actividades de prevención.

En cuanto a los factores de riesgo identificados, las condiciones estructurales de las viviendas —particularmente aquellas construidas en bahareque o adobe— constituyen un entorno favorable para la colonización del vector. Esto coincide con investigaciones realizadas por el Instituto Nacional de Salud (INS), que señalan que las viviendas con materiales naturales, grietas y techos de palma son los principales refugios del vector.

Asimismo, la presencia de animales domésticos y silvestres en el entorno peridomiciliario refuerza la posibilidad de transmisión, al actuar como reservorios potenciales del parásito. Sin embargo, se observó una baja percepción de este riesgo entre los encuestados, lo que podría dificultar la adopción de medidas efectivas de control en el hogar.

Es importante destacar que, aunque las comunidades manifiestan interés en mejorar sus condiciones de vivienda y salud, la falta de apoyo institucional, recursos económicos y continuidad en los programas de vigilancia entomológica limitan los avances en la prevención del Chagas. Por ello, se requiere fortalecer la articulación entre las autoridades sanitarias, los gobiernos locales y la comunidad para implementar estrategias sostenibles basadas en la educación, el control vectorial y la mejora de las condiciones de vivienda.

7. CONCLUSIONES

1. La población encuestada en los municipios de Fómeque, Choachí y Ubaque presenta un nivel de conocimiento limitado sobre la enfermedad de Chagas, su forma de transmisión y las medidas preventivas, lo que refleja la necesidad de fortalecer la educación sanitaria en la región.
2. Se identificaron condiciones ambientales y estructurales que favorecen la presencia del vector transmisor, como el uso de materiales tradicionales en las viviendas, la acumulación de objetos y la presencia de animales domésticos y silvestres cerca del hogar.
3. La percepción del riesgo frente a la enfermedad es baja, lo que puede influir en la falta de adopción de prácticas preventivas efectivas dentro de la comunidad.
4. Es fundamental fortalecer las estrategias intersectoriales de control vectorial y promoción de la salud, incorporando la participación activa de la comunidad como eje central para la sostenibilidad de las acciones.
5. Los resultados del estudio aportan información valiosa para el diseño e implementación de programas educativos y preventivos que respondan a las necesidades reales de la población, contribuyendo así a reducir la incidencia y transmisión de la enfermedad de Chagas en los municipios estudiados.

8. RECOMENDACIONES

- Implementar campañas de educación sanitaria continúas dirigidas a toda la comunidad, enfocadas en el reconocimiento del vector, las formas de transmisión y las medidas preventivas.
- Promover mejoras en la infraestructura de las viviendas, incentivando el uso de materiales más resistentes y el mantenimiento periódico de paredes y techos.
- Fomentar la participación comunitaria en las actividades de vigilancia entomológica, limpieza del entorno y eliminación de criaderos del vector.
- Fortalecer la coordinación entre instituciones de salud, autoridades locales y organizaciones comunitarias, para garantizar la sostenibilidad de las acciones de control.
- Realizar investigaciones complementarias que profundicen en los factores socioculturales y ecológicos asociados a la persistencia del vector en la región.

ENCUESTA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y SU MANEJO PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, ATENCIÓN Y CONTROL ACORDE A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES EN LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN INTRADOMICILIARIA DE TRYPANOSOMA CRUZI POR RHODNIUS PROLIXUS EN LOS MUNICIPIOS DE FÓMEQUE, CHOACHÍ Y UBAQUE A TRAVÉS DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL FÓMEQUE.

1. Edad: _____ años
2. Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro
3. Lugar de residencia: _____
4. ¿Vive actualmente en un área rural?
   ☐ Sí ☐ No
5. El material principal de las paredes de su vivienda es:
   ☐ Barro/adobe
   ☐ Madera
   ☐ Ladrillo sin terminar
   ☐ Otro: _____
6. El material principal del techo es:
   ☐ Paja/palma
   ☐ Zinc/metal
   ☐ Teja
   ☐ Otro: _____
7. ¿En su vivienda hay animales (armadillos, perros, gallinas, etc.)?
   ☐ Sí ☐ No
   Si respondió “Sí”, ¿cuáles? _____
8. ¿Ha escuchado hablar sobre la enfermedad de Chagas?
   ☐ Sí ☐ No
9. ¿Conoce a alguien que tenga o haya tenido la enfermedad de Chagas?
   ☐ Sí ☐ No
10. ¿Alguna persona de su familia (madre, padre, abuela, etc.) ha tenido la enfermedad de Chagas?
    ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
11. ¿Su madre o abuela nació en un área o país donde la enfermedad de Chagas es endémica?
    ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
12. ¿Ha sido picado por “pitos”, “chinches”, “vinchucas” o insectos similares?
    ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
13. ¿Conoce qué insecto transmite la enfermedad de Chagas (el vector)?
    ☐ Sí ☐ No

Gobernación de Cundinamarca

San Vicente de Paúl FOMEQUE

ENCUESTA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y SU MANEJO PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, ATENCIÓN Y CONTROL ACORDE A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES EN LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN INTRADOMICILIARIA DE TRYPANOSOMA CRUZI POR RHODNIUS PROLIXUS EN LOS MUNICIPIOS DE FÓMEQUE, CHOACHÍ Y UBAQUE A TRAVÉS DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL FÓMEQUE.

1. Edad: 28 años
2. Sexo: ☐ Masculino ☒ Femenino ☐ Otro
3. Lugar de residencia: Alto del carago
4. ¿Vive actualmente en un área rural?
   ☐ Sí ☒ No
5. El material principal de las paredes de su vivienda es:
   ☐ Barro/adobe
   ☐ Madera
   ☒ Ladrillo sin terminar
   ☐ Otro: _____
6. El material principal del techo es:
   ☐ Paja/palma
   ☐ Zinc/metal
   ☒ Teja
   ☐ Otro: _____
7. ¿En su vivienda hay animales (armadillos, perros, gallinas, etc.)?
   ☐ Sí ☒ No
   Si respondió "Sí", ¿cuáles? _____
8. ¿Ha escuchado hablar sobre la enfermedad de Chagas?
   ☒ Sí ☐ No
9. ¿Conoce a alguien que tenga o haya tenido la enfermedad de Chagas?
   ☐ Sí ☒ No
10. ¿Alguna persona de su familia (madre, padre, abuela, etc.) ha tenido la enfermedad de Chagas?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
11. ¿Su madre o abuela nació en un área o país donde la enfermedad de Chagas es endémica?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
12. ¿Ha sido picado por "pitos", "chinches", "vinchucas" o insectos similares?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
13. ¿Conoce qué insecto transmite la enfermedad de Chagas (el vector)?
    ☐ Sí ☒ No

Gobernación de Cundinamarca

NUESTRO SERVICIO ES PENSANDO EN USTED
San Vicente de Paúl
FOMEQUE

ENCUESTA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y SU MANEJO PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, ATENCIÓN Y CONTROL ACORDE A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES EN LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN INTRADOMICILIARIA DE TRYPANOSOMA CRUZI POR RHODNIUS PROLIXUS EN LOS MUNICIPIOS DE FÓMEQUE, CHOACHÍ Y UBAQUE A TRAVÉS DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL FÓMEQUE.

1. Edad: 42 años
2. Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ☒ Otro
3. Lugar de residencia: La Quita
4. ¿Vive actualmente en un área rural?
   ☐ Sí ☒ No
5. El material principal de las paredes de su vivienda es:
   ☐ Barro/adobe
   ☐ Madera
   ☒ Ladrillo sin terminar
   ☐ Otro: _____
6. El material principal del techo es:
   ☐ Paja/palma
   ☒ Zinc/metal
   ☐ Teja
   ☐ Otro: _____
7. ¿En su vivienda hay animales (armadillos, perros, gallinas, etc.)?
   ☐ Sí ☒ No
   Si respondió "Sí", ¿cuáles? _____
8. ¿Ha escuchado hablar sobre la enfermedad de Chagas?
   ☒ Sí ☐ No
9. ¿Conoce a alguien que tenga o haya tenido la enfermedad de Chagas?
   ☐ Sí ☒ No
10. ¿Alguna persona de su familia (madre, padre, abuela, etc.) ha tenido la enfermedad de Chagas?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
11. ¿Su madre o abuela nació en un área o país donde la enfermedad de Chagas es endémica?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
12. ¿Ha sido picado por "pitos", "chinches", "vinchucas" o insectos similares?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
13. ¿Conoce qué insecto transmite la enfermedad de Chagas (el vector)?
    ☒ Sí ☐ No

Gobernación de Cundinamarca

San Vicente de Paúl FOMEQUE

ENCUESTA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y SU MANEJO PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, ATENCIÓN Y CONTROL ACORDE A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES EN LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN INTRADOMICILIARIA DE TRYPANOSOMA CRUZI POR RHODNIUS PROLIXUS EN LOS MUNICIPIOS DE FÓMEQUE, CHOACHÍ Y UBAQUE A TRAVÉS DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL FÓMEQUE.

1. Edad: 27 años
2. Sexo: ☐ Masculino ☒ Femenino ☐ Otro
3. Lugar de residencia: Gen Peñuela
4. ¿Vive actualmente en un área rural?
   ☐ Sí ☒ No
5. El material principal de las paredes de su vivienda es:
   ☐ Barro/adobe
   ☒ Madera
   ☐ Ladrillo sin terminar
   ☐ Otro: _____
6. El material principal del techo es:
   ☐ Paja/palma
   ☒ Zinc/metal
   ☐ Teja
   ☐ Otro: _____
7. ¿En su vivienda hay animales (armadillos, perros, gallinas, etc.)?
   ☐ Sí ☒ No
   Si respondió "Sí", ¿cuáles? _____
8. ¿Ha escuchado hablar sobre la enfermedad de Chagas?
   ☐ Sí ☒ No
9. ¿Conoce a alguien que tenga o haya tenido la enfermedad de Chagas?
   ☐ Sí ☒ No
10. ¿Alguna persona de su familia (madre, padre, abuela, etc.) ha tenido la enfermedad de Chagas?
    ☐ Sí ☐ No ☒ No sabe
11. ¿Su madre o abuela nació en un área o país donde la enfermedad de Chagas es endémica?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
12. ¿Ha sido picado por "pitos", "chinches", "vinchucas" o insectos similares?
    ☐ Sí ☐ No ☒ No sabe
13. ¿Conoce qué insecto transmite la enfermedad de Chagas (el vector)?
    ☐ Sí ☒ No

Gobernación de Cundinamarca

NUESTRO SERVICIO ES PENSANDO EN USTED
San Vicente de Paúl
FOMEQUE

ENCUESTA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y SU MANEJO PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, ATENCIÓN Y CONTROL ACORDE A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES EN LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN INTRADOMICILIARIA DE TRYPANOSOMA CRUZI POR RHODNIUS PROLIXUS EN LOS MUNICIPIOS DE FÓMEQUE, CHOACHÍ Y UBAQUE A TRAVÉS DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL FÓMEQUE.

1. Edad: 37 años
2. Sexo: ☐ Masculino ☒ Femenino ☐ Otro
3. Lugar de residencia: Chuniza
4. ¿Vive actualmente en un área rural?
   ☒ Sí ☐ No
5. El material principal de las paredes de su vivienda es:
   ☐ Barro/adobe
   ☐ Madera
   ☒ Ladrillo sin terminar
   ☐ Otro: _____
6. El material principal del techo es:
   ☐ Paja/palma
   ☐ Zinc/metal
   ☒ Teja
   ☐ Otro: _____
7. ¿En su vivienda hay animales (armadillos, perros, gallinas, etc.)?
   ☒ Sí ☐ No
   Si respondió "Sí", ¿cuáles? Perros, gato, gallinas
8. ¿Ha escuchado hablar sobre la enfermedad de Chagas?
   ☒ Sí ☐ No
9. ¿Conoce a alguien que tenga o haya tenido la enfermedad de Chagas?
   ☐ Sí ☒ No
10. ¿Alguna persona de su familia (madre, padre, abuela, etc.) ha tenido la enfermedad de Chagas?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
11. ¿Su madre o abuela nació en un área o país donde la enfermedad de Chagas es endémica?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
12. ¿Ha sido picado por "pitos", "chinches", "vinchucas" o insectos similares?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
13. ¿Conoce qué insecto transmite la enfermedad de Chagas (el vector)?
    ☐ Sí ☒ No

Gobernación de Cundinamarca

San Vicente de Paúl FOMEQUE

ENCUESTA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y SU MANEJO PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, ATENCIÓN Y CONTROL ACORDE A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES EN LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN INTRADOMICILIARIA DE TRYPANOSOMA CRUZI POR RHODNIUS PROLIXUS EN LOS MUNICIPIOS DE FÓMEQUE, CHOACHÍ Y UBAQUE A TRAVÉS DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL FÓMEQUE.

1. Edad: 29 años
2. Sexo: ☐ Masculino ☒ Femenino ☐ Otro
3. Lugar de residencia: Resguardo
4. ¿Vive actualmente en un área rural?
   ☒ Sí ☐ No
5. El material principal de las paredes de su vivienda es:
   ☒ Barro/adobe
   ☐ Madera
   ☐ Ladrillo sin terminar
   ☐ Otro: _____
6. El material principal del techo es:
   ☐ Paja/palma
   ☐ Zinc/metal
   ☒ Teja
   ☐ Otro: _____
7. ¿En su vivienda hay animales (armadillos, perros, gallinas, etc.)?
   ☒ Sí ☐ No
   Si respondió "Sí", ¿cuáles? Perro, gato, vaca, gallina, cerdo
8. ¿Ha escuchado hablar sobre la enfermedad de Chagas?
   ☐ Sí ☒ No
9. ¿Conoce a alguien que tenga o haya tenido la enfermedad de Chagas?
   ☐ Sí ☒ No
10. ¿Alguna persona de su familia (madre, padre, abuela, etc.) ha tenido la enfermedad de Chagas?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
11. ¿Su madre o abuela nació en un área o país donde la enfermedad de Chagas es endémica?
    ☐ Sí ☐ No ☒ No sabe
12. ¿Ha sido picado por "pitos", "chinches", "vinchucas" o insectos similares?
    ☐ Sí ☐ No ☒ No sabe
13. ¿Conoce qué insecto transmite la enfermedad de Chagas (el vector)?
    ☐ Sí ☒ No

Gobernación de Cundinamarca

San Vicente de Paúl Fómeque

ENCUESTA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y SU MANEJO PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, ATENCIÓN Y CONTROL ACORDE A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES EN LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN INTRADOMICILIARIA DE TRYPANOSOMA CRUZI POR RHODNIUS PROLIXUS EN LOS MUNICIPIOS DE FÓMEQUE, CHOACHÍ Y UBAQUE A TRAVÉS DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL FÓMEQUE.

1. Edad: 54 años
2. Sexo: ☐ Masculino ☒ Femenino ☐ Otro
3. Lugar de residencia: Subachilla
4. ¿Vive actualmente en un área rural?
   ☒ Sí ☐ No
5. El material principal de las paredes de su vivienda es:
   ☐ Barro/adobe
   ☐ Madera
   ☒ Ladrillo sin terminar
   ☐ Otro: Obra negra
6. El material principal del techo es:
   ☐ Paja/palma
   ☒ Zinc/metal
   ☐ Teja
   ☐ Otro: _____
7. ¿En su vivienda hay animales (armadillos, perros, gallinas, etc.)?
   ☒ Sí ☐ No
   Si respondió "Sí", ¿cuáles? Gallinas
8. ¿Ha escuchado hablar sobre la enfermedad de Chagas?
   ☐ Sí ☒ No
9. ¿Conoce a alguien que tenga o haya tenido la enfermedad de Chagas?
   ☐ Sí ☒ No
10. ¿Alguna persona de su familia (madre, padre, abuela, etc.) ha tenido la enfermedad de Chagas?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
11. ¿Su madre o abuela nació en un área o país donde la enfermedad de Chagas es endémica?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
12. ¿Ha sido picado por "pitos", "chinches", "vinchucas" o insectos similares?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
13. ¿Conoce qué insecto transmite la enfermedad de Chagas (el vector)?
    ☐ Sí ☒ No

Gobernación de Cundinamarca

San Vicente de Paúl

ENCUESTA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y SU MANEJO PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, ATENCIÓN Y CONTROL ACORDE A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES EN LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN INTRADOMICILIARIA DE TRYPANOSOMA CRUZI POR RHODNIUS PROLIXUS EN LOS MUNICIPIOS DE FÓMEQUE, CHOACHÍ Y UBAQUE A TRAVÉS DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL FÓMEQUE.

1. Edad: 56 años
2. Sexo: ☐ Masculino ☒ Femenino ☐ Otro
3. Lugar de residencia: Sasaima
4. ¿Vive actualmente en un área rural?
   ☒ Si ☐ No
5. El material principal de las paredes de su vivienda es:
   ☐ Barro/adobe
   ☐ Madera
   ☐ Ladrillo sin terminar
   ☐ Otro: Terminada
6. El material principal del techo es:
   ☐ Paja/palma
   ☐ Zinc/metal
   ☒ Teja
   ☐ Otro: _____
7. ¿En su vivienda hay animales (armadillos, perros, gallinas, etc.)?
   ☒ Si ☐ No
   Si respondió "Si", ¿cuáles? Perros Gato
8. ¿Ha escuchado hablar sobre la enfermedad de Chagas?
   ☐ Si ☒ No
9. ¿Conoce a alguien que tenga o haya tenido la enfermedad de Chagas?
   ☐ Si ☒ No
10. ¿Alguna persona de su familia (madre, padre, abuela, etc.) ha tenido la enfermedad de Chagas?
    ☐ Si ☐ No ☒ No sabe
11. ¿Su madre o abuela nació en un área o país donde la enfermedad de Chagas es endémica?
    ☐ Si ☐ No ☒ No sabe
12. ¿Ha sido picado por "pitos", "chinches", "vinchucas" o insectos similares?
    ☐ Si ☒ No ☐ No sabe
13. ¿Conoce qué insecto transmite la enfermedad de Chagas (el vector)?
    ☐ Si ☒ No

Gobernación de Cundinamarca

San Vicente de Paúl

ENCUESTA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y SU MANEJO PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, ATENCIÓN Y CONTROL ACORDE A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES EN LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN INTRADOMICILIARIA DE TRYPANOSOMA CRUZI POR RHODNIUS PROLIXUS EN LOS MUNICIPIOS DE FÓMEQUE, CHOACHÍ Y UBAQUE A TRAVÉS DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL FÓMEQUE.

1. Edad: 54 años
2. Sexo: ☐ Masculino ☒ Femenino ☐ Otro
3. Lugar de residencia: Subanilla.
4. ¿Vive actualmente en un área rural?
   ☒ Sí ☐ No
5. El material principal de las paredes de su vivienda es:
   ☐ Barro/adobe
   ☐ Madera
   ☒ Ladrillo sin terminar
   ☐ Otro: _____
6. El material principal del techo es:
   ☐ Paja/palma
   ☒ Zinc/metal
   ☐ Teja
   ☐ Otro: _____
7. ¿En su vivienda hay animales (armadillos, perros, gallinas, etc.)?
   ☒ Sí ☐ No
   Si respondió "Sí", ¿cuáles? Gallos
8. ¿Ha escuchado hablar sobre la enfermedad de Chagas?
   ☒ Sí ☐ No
9. ¿Conoce a alguien que tenga o haya tenido la enfermedad de Chagas?
   ☐ Sí ☒ No
10. ¿Alguna persona de su familia (madre, padre, abuela, etc.) ha tenido la enfermedad de Chagas?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
11. ¿Su madre o abuela nació en un área o país donde la enfermedad de Chagas es endémica?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
12. ¿Ha sido picado por "pitos", "chinches", "vinchucas" o insectos similares?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
13. ¿Conoce qué insecto transmite la enfermedad de Chagas (el vector)?
    ☒ Sí ☐ No

Gobernación de Cundinamarca

San Vicente de Paúl

ENCUESTA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y SU MANEJO PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, ATENCIÓN Y CONTROL ACORDE A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES EN LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN INTRADOMICILIARIA DE TRYPANOSOMA CRUZI POR RHODNIUS PROLIXUS EN LOS MUNICIPIOS DE FÓMEQUE, CHOACHÍ Y UBAQUE A TRAVÉS DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL FÓMEQUE.

1. Edad: 77 años
2. Sexo: ☐ Masculino ☒ Femenino ☐ Otro
3. Lugar de residencia: Sabanilla
4. ¿Vive actualmente en un área rural?
   ☒ Sí ☐ No
5. El material principal de las paredes de su vivienda es:
   ☐ Barro/adobe
   ☐ Madera
   ☐ Ladrillo sin terminar
   ☐ Otro: Terminado
6. El material principal del techo es:
   ☐ Paja/palma
   ☐ Zinc/metal
   ☒ Teja
   ☐ Otro: _____
7. ¿En su vivienda hay animales (armadillos, perros, gallinas, etc.)?
   ☐ Sí ☐ No
   Si respondió "Sí", ¿cuáles? Perros
8. ¿Ha escuchado hablar sobre la enfermedad de Chagas?
   ☐ Sí ☒ No
9. ¿Conoce a alguien que tenga o haya tenido la enfermedad de Chagas?
   ☐ Sí ☒ No
10. ¿Alguna persona de su familia (madre, padre, abuela, etc.) ha tenido la enfermedad de Chagas?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
11. ¿Su madre o abuela nació en un área o país donde la enfermedad de Chagas es endémica?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
12. ¿Ha sido picado por "pitos", "chinches", "vinchucas" o insectos similares?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
13. ¿Conoce qué insecto transmite la enfermedad de Chagas (el vector)?
    ☐ Sí ☒ No

Gobernación de Cundinamarca

San Vicente de Paúl

ENCUESTA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y SU MANEJO PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, ATENCIÓN Y CONTROL ACORDE A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES EN LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN INTRADOMICILIARIA DE TRYPANOSOMA CRUZI POR RHODNIUS PROLIXUS EN LOS MUNICIPIOS DE FÓMEQUE, CHOACHÍ Y UBAQUE A TRAVÉS DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL FÓMEQUE.

1. Edad: 56 años
2. Sexo: ☐ Masculino ☒ Femenino ☐ Otro
3. Lugar de residencia: Sabanilla
4. ¿Vive actualmente en un área rural?
   ☒ Sí ☐ No
5. El material principal de las paredes de su vivienda es:
   ☐ Barro/adobe
   ☐ Madera
   ☐ Ladrillo sin terminar
   ☐ Otro: Terminada
6. El material principal del techo es:
   ☐ Paja/palma
   ☐ Zinc/metal
   ☒ Teja
   ☐ Otro: _____
7. ¿En su vivienda hay animales (armadillos, perros, gallinas, etc.)?
   ☐ Sí ☐ No
   Si respondió "Sí", ¿cuáles? Perros
8. ¿Ha escuchado hablar sobre la enfermedad de Chagas?
   ☐ Sí ☒ No
9. ¿Conoce a alguien que tenga o haya tenido la enfermedad de Chagas?
   ☐ Sí ☒ No
10. ¿Alguna persona de su familia (madre, padre, abuela, etc.) ha tenido la enfermedad de Chagas?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
11. ¿Su madre o abuela nació en un área o país donde la enfermedad de Chagas es endémica?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
12. ¿Ha sido picado por "pitos", "chinches", "vinchucas" o insectos similares?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
13. ¿Conoce qué insecto transmite la enfermedad de Chagas (el vector)?
    ☐ Sí ☒ No

Gobernación de Cundinamarca

San Vicente de Paúl FOMEQUE

ENCUESTA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y SU MANEJO PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, ATENCIÓN Y CONTROL ACORDE A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES EN LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN INTRADOMICILIARIA DE TRYPANOSOMA CRUZI POR RHODNIUS PROLIXUS EN LOS MUNICIPIOS DE FÓMEQUE, CHOACHÍ Y UBAQUE A TRAVÉS DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL FÓMEQUE.

1. Edad: 77 años
2. Sexo: ☒ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro
3. Lugar de residencia: Fomeque
4. ¿Vive actualmente en un área rural?
   ☒ Sí ☐ No
5. El material principal de las paredes de su vivienda es:
   ☐ Barro/adobe
   ☐ Madera
   ☐ Ladrillo sin terminar
   ☒ Otro: Terminada
6. El material principal del techo es:
   ☐ Paja/palma
   ☐ Zinc/metal
   ☒ Teja
   ☐ Otro: _____
7. ¿En su vivienda hay animales (armadillos, perros, gallinas, etc.)?
   ☒ Sí ☐ No
   Si respondió "Sí", ¿cuáles? Perros
8. ¿Ha escuchado hablar sobre la enfermedad de Chagas?
   ☒ Sí ☐ No
9. ¿Conoce a alguien que tenga o haya tenido la enfermedad de Chagas?
   ☐ Sí ☒ No
10. ¿Alguna persona de su familia (madre, padre, abuela, etc.) ha tenido la enfermedad de Chagas?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
11. ¿Su madre o abuela nació en un área o país donde la enfermedad de Chagas es endémica?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
12. ¿Ha sido picado por "pitos", "chinches", "vinchucas" o insectos similares?
    ☒ Sí ☐ No ☐ No sabe
13. ¿Conoce qué insecto transmite la enfermedad de Chagas (el vector)?
    ☒ Sí ☐ No

Gobernación de Cundinamarca

NUESTRO SERVICIO ES PENSANDO EN USTED
San Vicente de Paúl
FOMEQUE

ENCUESTA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y SU MANEJO PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, ATENCIÓN Y CONTROL ACORDE A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES EN LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN INTRADOMICILIARIA DE TRYPANOSOMA CRUZI POR RHODNIUS PROLIXUS EN LOS MUNICIPIOS DE FÓMEQUE, CHOACHÍ Y UBAQUE A TRAVÉS DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL FÓMEQUE.

1. Edad: 68 años
2. Sexo: ☒ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro
3. Lugar de residencia: Fomeque
4. ¿Vive actualmente en un área rural?
   ☒ Sí ☐ No
5. El material principal de las paredes de su vivienda es:
   ☐ Barro/adobe
   ☐ Madera
   ☐ Ladrillo sin terminar
   ☒ Otro: Terminada.
6. El material principal del techo es:
   ☐ Paja/palma
   ☐ Zinc/metal
   ☒ Teja
   ☐ Otro: _____
7. ¿En su vivienda hay animales (armadillos, perros, gallinas, etc.)?
   ☒ Sí ☐ No
   Si respondió "Si", ¿cuáles? _____
8. ¿Ha escuchado hablar sobre la enfermedad de Chagas?
   ☒ Sí ☐ No
9. ¿Conoce a alguien que tenga o haya tenido la enfermedad de Chagas?
   ☒ Sí ☐ No
10. ¿Alguna persona de su familia (madre, padre, abuela, etc.) ha tenido la enfermedad de Chagas?
    ☒ Sí ☐ No ☐ No sabe
11. ¿Su madre o abuela nació en un área o país donde la enfermedad de Chagas es endémica?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
12. ¿Ha sido picado por "pitos", "chinches", "vinchucas" o insectos similares?
    ☐ Sí ☐ No ☒ No sabe
13. ¿Conoce qué insecto transmite la enfermedad de Chagas (el vector)?
    ☒ Sí ☐ No

Gobernación de Cundinamarca

San Vicente de Paúl FOMEQUE

ENCUESTA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y SU MANEJO PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, ATENCIÓN Y CONTROL ACORDE A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES EN LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN INTRADOMICILIARIA DE TRYPANOSOMA CRUZI POR RHODNIUS PROLIXUS EN LOS MUNICIPIOS DE FÓMEQUE, CHOACHÍ Y UBAQUE A TRAVÉS DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL FÓMEQUE.

1. Edad: 64 años
2. Sexo: ☐ Masculino ☒ Femenino ☐ Otro
3. Lugar de residencia: Resguardo Bajo
4. ¿Vive actualmente en un área rural?
   ☒ Sí ☐ No
5. El material principal de las paredes de su vivienda es:
   ☐ Barro/adobe
   ☐ Madera
   ☒ Ladrillo sin terminar
   ☐ Otro: _____
6. El material principal del techo es:
   ☐ Paja/palma
   ☐ Zinc/metal
   ☒ Teja
   ☐ Otro: _____
7. ¿En su vivienda hay animales (armadillos, perros, gallinas, etc.)?
   ☒ Sí ☐ No
   Si respondió "Sí", ¿cuáles? Perros - Gallinas.
8. ¿Ha escuchado hablar sobre la enfermedad de Chagas?
   ☒ Sí ☐ No
9. ¿Conoce a alguien que tenga o haya tenido la enfermedad de Chagas?
   ☐ Sí ☒ No
10. ¿Alguna persona de su familia (madre, padre, abuela, etc.) ha tenido la enfermedad de Chagas?
    ☒ Sí ☐ No ☐ No sabe
11. ¿Su madre o abuela nació en un área o país donde la enfermedad de Chagas es endémica?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
12. ¿Ha sido picado por "pitos", "chinches", "vinchucas" o insectos similares?
    ☐ Sí ☐ No ☒ No sabe
13. ¿Conoce qué insecto transmite la enfermedad de Chagas (el vector)?
    ☒ Sí ☐ No

Gobernación de Cundinamarca

NUESTRO SERVICIO ES PENSANDO EN USTED
San Vicente de Paúl
FOMEQUE

ENCUESTA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y SU MANEJO PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, ATENCIÓN Y CONTROL ACORDE A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES EN LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN INTRADOMICILIARIA DE TRYPANOSOMA CRUZI POR RHODNIUS PROLIXUS EN LOS MUNICIPIOS DE FÓMEQUE, CHOACHÍ Y UBAQUE A TRAVÉS DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL FÓMEQUE.

1. Edad: 72 años
2. Sexo: ☐ Masculino ☒ Femenino ☐ Otro
3. Lugar de residencia: Fernalenca
4. ¿Vive actualmente en un área rural?
   ☒ Sí ☐ No
5. El material principal de las paredes de su vivienda es:
   ☐ Barro/adobe
   ☐ Madera
   ☒ Ladrillo sin terminar
   ☐ Otro: _____
6. El material principal del techo es:
   ☐ Paja/palma
   ☐ Zinc/metal
   ☒ Teja
   ☐ Otro: _____
7. ¿En su vivienda hay animales (armadillos, perros, gallinas, etc.)?
   ☒ Sí ☐ No
   Si respondió "Sí", ¿cuáles? Perro 5
8. ¿Ha escuchado hablar sobre la enfermedad de Chagas?
   ☒ Sí ☐ No
9. ¿Conoce a alguien que tenga o haya tenido la enfermedad de Chagas?
   ☒ Sí ☐ No
10. ¿Alguna persona de su familia (madre, padre, abuela, etc.) ha tenido la enfermedad de Chagas?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
11. ¿Su madre o abuela nació en un área o país donde la enfermedad de Chagas es endémica?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
12. ¿Ha sido picado por "pitos", "chinches", "vinchucas" o insectos similares?
    ☐ Sí ☐ No ☒ No sabe
13. ¿Conoce qué insecto transmite la enfermedad de Chagas (el vector)?
    ☒ Sí ☐ No

Gobernación de Cundinamarca

NUESTRO SERVICIO ES PENSANDO EN USTED
San Vicente de Paúl
FOMEQUE

ENCUESTA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y SU MANEJO PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, ATENCIÓN Y CONTROL ACORDE A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES EN LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN INTRADOMICILIARIA DE TRYPANOSOMA CRUZI POR RHODNIUS PROLIXUS EN LOS MUNICIPIOS DE FÓMEQUE, CHOACHÍ Y UBAQUE A TRAVÉS DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL FÓMEQUE.

1. Edad: 65 años
2. Sexo: ☐ Masculino ☒ Femenino ☐ Otro
3. Lugar de residencia: Feralosad
4. ¿Vive actualmente en un área rural?
   ☒ Sí ☐ No
5. El material principal de las paredes de su vivienda es:
   ☐ Barro/adobe
   ☐ Madera
   ☒ Ladrillo sin terminar
   ☐ Otro: _____
6. El material principal del techo es:
   ☐ Paja/palma
   ☐ Zinc/metal
   ☒ Teja
   ☐ Otro: _____
7. ¿En su vivienda hay animales (armadillos, perros, gallinas, etc.)?
   ☒ Sí ☐ No
   Si respondió "Sí", ¿cuáles? Perros - Gallinas
8. ¿Ha escuchado hablar sobre la enfermedad de Chagas?
   ☒ Sí ☐ No
9. ¿Conoce a alguien que tenga o haya tenido la enfermedad de Chagas?
   ☒ Sí ☐ No
10. ¿Alguna persona de su familia (madre, padre, abuela, etc.) ha tenido la enfermedad de Chagas?
    ☐ Sí ☐ No ☒ No sabe
11. ¿Su madre o abuela nació en un área o país donde la enfermedad de Chagas es endémica?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
12. ¿Ha sido picado por "pitos", "chinches", "vinchucas" o insectos similares?
    ☐ Sí ☐ No ☒ No sabe
13. ¿Conoce qué insecto transmite la enfermedad de Chagas (el vector)?
    ☒ Sí ☐ No

Gobernación de Cundinamarca

NUESTRO SERVICIO ES PENSANDO EN USTED
San Vicente de Paúl
FOMEQUE

ENCUESTA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y SU MANEJO PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, ATENCIÓN Y CONTROL ACORDE A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES EN LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN INTRADOMICILIARIA DE TRYPANOSOMA CRUZI POR RHODNIUS PROLIXUS EN LOS MUNICIPIOS DE FÓMEQUE, CHOACHÍ Y UBAQUE A TRAVÉS DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL FÓMEQUE.

1. Edad: 52 años
2. Sexo: ☐ Masculino ☒ Femenino ☐ Otro
3. Lugar de residencia: Tenaluca
4. ¿Vive actualmente en un área rural?
   ☒ Sí ☐ No
5. El material principal de las paredes de su vivienda es:
   ☐ Barro/adobe
   ☐ Madera
   ☐ Ladrillo sin terminar
   ☐ Otro: Terminada
6. El material principal del techo es:
   ☐ Paja/palma
   ☐ Zinc/metal
   ☒ Teja
   ☐ Otro: _____
7. ¿En su vivienda hay animales (armadillos, perros, gallinas, etc.)?
   ☒ Sí ☐ No
   Si respondió "Sí", ¿cuáles? Patos - Perros - Gallina
8. ¿Ha escuchado hablar sobre la enfermedad de Chagas?
   ☒ Sí ☐ No
9. ¿Conoce a alguien que tenga o haya tenido la enfermedad de Chagas?
   ☐ Sí ☒ No
10. ¿Alguna persona de su familia (madre, padre, abuela, etc.) ha tenido la enfermedad de Chagas?
    ☐ Sí ☐ No ☒ No sabe
11. ¿Su madre o abuela nació en un área o país donde la enfermedad de Chagas es endémica?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
12. ¿Ha sido picado por "pitos", "chinches", "vinchucas" o insectos similares?
    ☐ Sí ☐ No ☒ No sabe
13. ¿Conoce qué insecto transmite la enfermedad de Chagas (el vector)?
    ☐ Sí ☒ No

Gobernación de Cundinamarca

MUESTRO SERVICIO ES PENSANDO EN USTED
San Vicente de Paúl
FOMEQUE

ENCUESTA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y SU MANEJO PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, ATENCIÓN Y CONTROL ACORDE A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES EN LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN INTRADOMICILIARIA DE TRYPANOSOMA CRUZI POR RHODNIUS PROLIXUS EN LOS MUNICIPIOS DE FÓMEQUE, CHOACHÍ Y UBAQUE A TRAVÉS DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL FÓMEQUE.

1. Edad: 83 años
2. Sexo: ☐ Masculino ☒ Femenino ☐ Otro
3. Lugar de residencia: Fomequecito.
4. ¿Vive actualmente en un área rural?
   ☒ Sí ☐ No
5. El material principal de las paredes de su vivienda es:
   ☐ Barro/adobe
   ☐ Madera
   ☐ Ladrillo sin terminar
   ☐ Otro: Terminado
6. El material principal del techo es:
   ☐ Paja/palma
   ☐ Zinc/metal
   ☒ Teja
   ☐ Otro: _____
7. ¿En su vivienda hay animales (armadillos, perros, gallinas, etc.)?
   ☒ Sí ☐ No
   Si respondió "Sí", ¿cuáles? Perro.
8. ¿Ha escuchado hablar sobre la enfermedad de Chagas?
   ☒ Sí ☐ No
9. ¿Conoce a alguien que tenga o haya tenido la enfermedad de Chagas?
   ☒ Sí ☐ No
10. ¿Alguna persona de su familia (madre, padre, abuela, etc.) ha tenido la enfermedad de Chagas?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
11. ¿Su madre o abuela nació en un área o país donde la enfermedad de Chagas es endémica?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
12. ¿Ha sido picado por "pitos", "chinches", "vinchucas" o insectos similares?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
13. ¿Conoce qué insecto transmite la enfermedad de Chagas (el vector)?
    ☒ Sí ☐ No

Gobernación de Cundinamarca

San Vicente de Paúl FOMEQUE

ENCUESTA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y SU MANEJO PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, ATENCIÓN Y CONTROL ACORDE A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES EN LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN INTRADOMICILIARIA DE TRYPANOSOMA CRUZI POR RHODNIUS PROLIXUS EN LOS MUNICIPIOS DE FÓMEQUE, CHOACHÍ Y UBAQUE A TRAVÉS DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL FÓMEQUE.

1. Edad: 75 años
2. Sexo: ☐ Masculino ☒ Femenino ☐ Otro
3. Lugar de residencia: Fesvaluaca
4. ¿Vive actualmente en un área rural?
   ☐ Sí ☐ No
5. El material principal de las paredes de su vivienda es:
   ☐ Barro/adobe
   ☐ Madera
   ☐ Ladrillo sin terminar
   ☐ Otro: Jemmada
6. El material principal del techo es:
   ☐ Paja/palma
   ☐ Zinc/metal
   ☒ Teja
   ☐ Otro: _____
7. ¿En su vivienda hay animales (armadillos, perros, gallinas, etc.)?
   ☒ Sí ☐ No
   Si respondió "Sí", ¿cuáles? Perro – Gato
8. ¿Ha escuchado hablar sobre la enfermedad de Chagas?
   ☒ Sí ☐ No
9. ¿Conoce a alguien que tenga o haya tenido la enfermedad de Chagas?
   ☐ Sí ☒ No
10. ¿Alguna persona de su familia (madre, padre, abuela, etc.) ha tenido la enfermedad de Chagas?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
11. ¿Su madre o abuela nació en un área o país donde la enfermedad de Chagas es endémica?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
12. ¿Ha sido picado por "pitos", "chinches", "vinchucas" o insectos similares?
    ☐ Sí ☒ No ☐ No sabe
13. ¿Conoce qué insecto transmite la enfermedad de Chagas (el vector)?
    ☒ Sí ☐ No

RESULTADOS DE ENCUESTAS																		
	INDICADORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**
1	**Edad**	28	42	27	32	29	54	54	54	77	56	77	68	64	72	65	57	83	75
2	**Sexo**	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	M	F	F	F	F	F	F
3	**Lugar De Residencia**	Fómeque	Fómeque	Choachí	Fómeque	Fómeque	Ubaque	Ubaque	Ubaque	Ubaque	Ubaque	Choachí	Choachí	Fómeque	Choachí	Choachí	Choachí	Choachí	Choachí
4	**Vive En Área Rural?**	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
5	**Material De La Vivienda**	LADRILLO	LADRILLO	MADERA	LADRILLO	ADOBE	OBRA NEGRA	TERMINADA	LADRILLO	TERMINADA	TERMINADA	TERMINADA	TERMINADA	LADRILLO	LADRILLO	LADRILLO	TERMINADA	TERMINADA	TERMINADA
6	**Material Del Techo**	TEJA	ZINC	ZINC	TEJA	TEJA	ZINC	TEJA	ZINC	TEJA	ZINC	TEJA	TEJA	TEJA	TEJA	TEJA	TEJA	TEJA	TEJA
7	**Animales**	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
		Ninguno	Ninguno	Ninguno	Perro, gato, Gallinas	Perro, gato, Gallinas, loro, vacas	Gallinas	Perro, gato	Gatos	Perro	Perro	Perro	Perro, gato	Perro, Gallinas	Perro	Perro, Gallinas	Perro, Gallinas, Gato	Perro	Perro, gato
8	**Ha Escuchado Sobre Chagas**	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
9	**Conoce Alguien Que Tenga La Enfermedad**	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO
10	**Alguna Persona De Su Familia Ha Tenido Chagas**	NO	NO	NO SABE	NO	NO	NO	NO SABE	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO SABE	NO SABE	NO	NO
11	**Su Mama O Abuelos Nacieron En Zona Endémica**	NO	NO	SI	NO	NO SABE	NO	NO SABE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
12	**Lo Ha Picado El Vector**	NO	NO	NO SABE	NO	NO SABE	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO SABE	NO SABE	NO SABE	NO SABE	NO SABE	NO	NO
13	**Conoce Sobre El Vector**	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI

Gobernación de CUNDINAMARCA	**DIRECCIÓN DE SALUD PUBLICA**	Código **A-GC-FR-017**
		Versión : 02
	INFORME DE ACTIVIDADES	Fecha de Aprobación: 24/Feb/2016

DIRECCIÓN: Salud Pública	**CONTRATO No. SS-CDCTI-708-2025**	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 19-09-2025 Fecha de Terminación: 31-12-2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA: E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL FÓMEQUE		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** 3 MESES Y 12 DÍAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DANIELA GAMBOA		**PERIODO DEL INFORME:** Del 31 Octubre al 14 Noviembre 2025
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO BACTERIÓLOGA, PARA APOYAR LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ETV Y ZOONOSIS EN LOS MUNICIPIOS DE FÓMEQUE, CHOACHÍ Y UBAQUE, DE ACUERDO AL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO SS-CDCTI-708-2025, A TRAVÉS DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL FÓMEQUE		

OBLIGACIONES ESPECIFICAS, ACTIVIDADES Y PRODUCTOS DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES (Las estipuladas como especificas en la minuta del contrato)	**ACTIVIDADES** (Desarrolladas en el mes referente a la obligación)	**PRODUCTOS** **(**Con respecto a la actividad desarrollada.)
1. Realizar plan de trabajo y Cronograma para el cumplimiento del objeto del contrato, el cual debe estar sujeto a los eventos, municipios y/o provincia asignado por los diferentes perfiles asignados a cada municipio, debe ser entregado dentro de los cinco primeros días, para aval del supervisor	Se realiza el cronograma de actividades a realizar en las fechas estipuladas con el fin de cumplir organizadamente las jornadas que incluyen sensibilización y captación de pacientes para tomas de muestras y demás. Se realiza este plan de trabajo para llevar soporte de las tareas cumplidas y culminadas.	1. Plan de Trabajo - Por municipio 1. Cronograma - Por municipio (2-4-5/11/2025)
2. Realizar articulación con PIC municipal, APS, Equipo ETV Departamental en aras de sectorizar las acciones de cada uno de los municipios inmersos en la concurrencia de manera mensual	Se realiza una reunión programada inicial con el grupo PIC Municipal, APS y Equipos ETV para concretar las actividades, jornadas y proceso a realizar el programa con total cumplimiento.	1, Acta de Reunión 1. Registro de Asistencia 1. Registro fotográfico (7-11-12/11/2025)
3. Coordinar y Realizar las jornadas de tamizaje en la población priorizada para el plan de interrupción de la trasmisión intradomiciliaria de Enfermedad de Chagas por Rhodnius prolixus, relacionados con la toma de muestras en su fase preanalítica o muestras para identificación de casos de leishmaniasis (en caso de ser requeridas por la supervisión); haciendo entrega de insumos, equipos, transporte, recurso humano, triple embalaje, entre otros, con uso del vehículo disponible para el desplazamiento de personal para toma de muestras y traslado de las mismas según los municipios asignados	Nos reunimos con las auxiliares que se encuentran destinadas en cada municipio y se identifica la población con la cual se debe trabajar. Se hace entrega de los insumos correspondientes para la toma de la muestra; se les explica el procedimiento con respecto a la pre analítica del paciente, brindándole la información adecuada, en un vocabulario entendible y despejando todas las dudas sobre la enfermedad de chagas; para luego poder tomar una muestra de calidad con su previo consentimiento.	1.Actas de reunión 1. Registro de asistencia 1.Registro Fotográfico 1.Consentimiento Informado (30/10/2025)(2-8/11/2025)
4. Realizar la entrega al LPSC de las muestras tomadas en las diferentes jornadas de tamizajes con la respectiva remisión, de acuerdo a lo establecido para cada uno de los municipios inmersos en la concurrencia de manera mensual.	Se realiza un alistamiento de muestras para el posterior envío al LPSC, se verifica que las muestras sean adecuadas, correctamente marcadas y que todas cuenten con el consentimiento informado; además se diligencia el formato	1. Formato Remisión (7-13/11/2025)

	correspondiente para ser entregadas al Laboratorio de Salud Pública.	
5. Realizar y capacitar las acciones de vigilancia (Búsquedas activas comunitarias, búsquedas activas institucionales, e investigaciones epidemiologicas de campo) con el equipo ejecutor de los municipios asignados por la supervisión del contrato, así como garantizar la implementación adecuada y oportuna de los protocolos de atención integral al paciente según lineamientos nacionales para las ETV, logrando la consolidación y envío de la información obtenida	Junto con APS y equipo ETV se realizan jornadas que conlleven a la formación y capacitación de los asistentes	1.Informe de Asistencia técnica 1. Registro de asistencia 1.Registro Fotográfico (30/10/2025)(2-5/11/2025)
6. Realizar la entrega al LPSC del material entomológico capturado durante las inspecciones domiciliarias con la respectiva remisión para cada uno de los municipios inmersos en la concurrencia de manera mensual	Se realiza una búsqueda del material entomológico y se brinda información a la comunidad sobre este agente para que en caso de contar con un espécimen de estos nos sea notificado de inmediato y así poder realizar la captura del vector.	1. Formato Remisión (15/11/2025)
7. Realizar acciones de gestión intersectoriales en el marco de las Enfermedades transmitidas por Vectores, que fortalezcan la implementación del plan de interrupción de la transmisión intradomiciliaria de Enfermedad de Chagas por Rhodnius prolixus, de manera mensual involucrando los distintos entes locales representativos (APS, EDUCACIÓN, SALUD, IPS, EAPBS, GOBIERNO, EMPRESAS DE SERVICIOS PÚBLICOS, DEFENSA CIVIL, BOMBEROS)	Organizar en el cronograma de actividades las correspondientes jornadas con la población municipal que incluya empresas como alcaldía, colegios, jardines, policía, bomberos y que además incluya a la comunidad en general, para la capacitación y sensibilización sobre la enfermdad del chagas, brindando la información necesaria para el conocimiento de toda la comunidad fortaleciendo la interrupción de la transmisión.	1.Informe de Asistencia técnica 1. Registro de asistencia 1.Registro Fotográfico (30/10/2025)(5-7/11/2025)
8. Realizar análisis de la información sobre las acciones realizadas e implementadas por el equipo de trabajo, teniendo en cuenta las acciones de vigilancia, entomología, promoción, prevención y control enmarcadas en el Plan de Interrupción de la transmisión intradomiciliaria de T. cruzi por Rhodnius prolixus en los municipios asignados, consolidando dicho análisis e informe técnico	Se realiza un análisis y consolidación de toda la información obtenida en las diferentes jornadas y actividades realizadas con el fin de evaluar y verificar que el trabajo mancomunado este siendo de beneficio para la comunidad en cuanto a su conocimiento con la enfermedad, su transmisión, pero sobre todo su erradicación.	1.Informe Mensual cualicuantitativo (14/11/2025)
9. Apoyar la implementación de las Rutas integrales de atención en salud de las enfermedades infecciosas transmitidas por vectores y zoonosis en el departamento, municipio o distrito asignado	Mediante un acompañamiento articulado con los equipos de trabajo, se apoyan las rutas integrales de atención en salud, llegando a la comunidad presentando acciones, información y enseñanzas que conlleven a la prevención , diagnóstico oportuno y tratamiento garantizando una atención integral a las familias y toda la comunidad.	1. Informe de Asistencia técnica 1. Base de datos 1. Registro de asistencia de actividades (11-11-2025)
10. Coordinar la recepción y entrega de resultados del tamizaje de manera articulada con la entidad municipal e IPS, EAPBS de manera que se garantice la ruta de atención, administración de medicamentos en casos necesarios y seguimiento de pacientes.	Informar a la comunidad sobre como será la entrega de su resultado obtenido, para que de esta forma tengan acceso a la información de su reporte y se pueda concluir el proceso con un	1. Acta de Reunión 1. Formato de Solicitud de entrega de resultados (12/11/2025)

	tratamiento y la información necesaria con respecto a su toma de muestra y resultado.	
11. Apoyar al programa ETV y Zoonosis de la secretaria de salud de Cundinamarca, en el marco de las posibles contingencias relacionadas con las ETV-Zoonosis en los municipios asignados por el supervisor del contrato	Durante las jornadas programadas, se apoyarán los equipos de ETV Y Zoonosis con la información y datos que se requiera para que como equipo articulado se pueda tener conocimiento de posibles contingencias y de esta manera informar para evitarlas.	1, Certificación (15/11/2025)
12. Hacer entrega al supervisor del contrato de un informe mensual y final según formato establecido y linea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud publica correspondientes a las actividades desarrolladas en el periodo, en cumplimiento del objeto contractual y los soportes respectivos en medio magnético como soporte para el tramite de cuentas de cobro, que incluya: bases de datos, archivos digitales y demás evidencias documentales que den cuenta de la totalidad de productos relacionados con el objeto del contrato y linea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud publica	Realizar el informe mensual y final, donde se evidencien las actividades realizadas dando cumplimientos al objeto del contrato.	1.Informe mensual (16/11/2025)
CONTRATISTA	**FIRMA:**	
	NOMBRES Y APELLIDOS: MAYRA LUCÍA MARTÍNEZ HERNÁNDEZ	
	NUMERO DE CÉDULA: 1,071,628,669	

OBJETIVO DE LA REUNION:	FECHA:	ACTA No.
COORDINACIÓN PIC MUNICIPAL	07-11-2025	1

LUGAR:	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
ALCALDIA MUNICIPAL CHOACHI	10:00 am	11:00 am

ORDEN DEL DÍA

1. Presentación de avances del programa.
2. Revisión de actividades ejecutadas durante el mes.
3. Organización del cronograma de trabajo para el resto del mes.
4. Solicitud de apoyo ante eventos de vigilancia activa de rabia y leishmaniasis.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

La reunión se llevó a cabo en las instalaciones de la Alcaldía Municipal de Choachí, con la participación del equipo del PIC Municipal y del personal técnico encargado de las acciones de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV). Durante el encuentro se realizó un balance general de las actividades desarrolladas hasta la fecha en el marco del programa, destacando los avances en jornadas educativas, visitas comunitarias, acciones de prevención y control, así como el cumplimiento de las metas establecidas para el presente mes.

Posteriormente, se llevó a cabo la organización del cronograma de actividades para las semanas restantes, priorizando las acciones de campo y las jornadas de sensibilización en zonas rurales del municipio. Se acordó mantener la articulación entre los diferentes componentes del PIC y el área de Salud Pública para asegurar una ejecución eficiente y oportuna de las intervenciones.

En el marco de las responsabilidades asignadas al programa ETV, se recordó la obligación relacionada con el “Apoyo a la toma de muestra de vigilancia activa de las enfermedades de rabia y leishmaniasis, de acuerdo con las normas técnicas y

procedimientos establecidos para el procedimiento integral desde la identificación del animal, toma de muestras, embalaje, transporte y custodia de los mismos, conforme a los factores de riesgo identificados".

Teniendo en cuenta esta función, durante la reunión se solicitó el apoyo del equipo PIC y de las autoridades municipales para la atención y respuesta oportuna en caso de presentarse el hallazgo de animales muertos o sospechosos, con el fin de garantizar el cumplimiento de los protocolos de bioseguridad, recolección de muestras y coordinación con las entidades competentes.

CONCLUSIONES

La reunión permitió fortalecer la coordinación interinstitucional entre el PIC Municipal y el programa de ETV, asegurando la planeación adecuada de las actividades restantes del mes. Se reafirmó el compromiso del equipo técnico con el cumplimiento de las acciones de vigilancia activa de rabia y leishmaniasis, así como la importancia del trabajo conjunto para la identificación temprana de riesgos y la protección de la salud pública municipal.

OBJETIVO DE LA REUNION:	FECHA:	ACTA No.
COORDINACIÓN PIC MUNICIPAL	07-11-2025	1

LUGAR:	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
ALCALDIA MUNICIPAL CHOACHI	10:00 am	11:00 am

ORDEN DEL DÍA

1. Revisión de compromisos y obligaciones contractuales vigentes.
2. Balance de actividades ejecutadas en el marco del programa ETV.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Durante la reunión se revisó la obligación referente a “apoyar las investigaciones epidemiológicas de campo relacionadas con ETV y zoonosis en el área asignada, según la necesidad del territorio o por directriz del supervisor de contrato, con el fin de minimizar el riesgo de estas enfermedades, a través de la digitación del aplicativo como búsqueda activa comunitaria (BAC).” En este sentido, se informó que no se registran casos positivos ni situaciones que ameriten investigaciones epidemiológicas activas durante el periodo reportado, manteniéndose vigilancia constante y coordinación interinstitucional para la detección temprana de posibles eventos.

Así mismo, se hizo énfasis en la importancia de mantener la comunicación con el personal PIC para reportar oportunamente cualquier hallazgo de animales muertos, especialmente aquellos que puedan representar riesgo sanitario o epidemiológico. Se recordó que estos reportes deben canalizarse a través de los canales establecidos por la Secretaría de Salud para su correspondiente atención y registro.

De igual manera, se verificaron las actividades realizadas durante el periodo, evidenciando cumplimiento de las obligaciones contractuales y la correcta digitación de las acciones en el aplicativo BAC. Se destacó el compromiso del equipo en la ejecución

de las tareas asignadas y la articulación con los entes municipales y departamentales.

CONCLUSIONES

No se registran casos activos de ETV ni zoonosis que requieran investigaciones epidemiológicas.

Se mantiene la vigilancia activa y la coordinación con el equipo PIC para la detección y reporte de eventos sospechosos.

Se evidencia cumplimiento de las obligaciones del programa y fortalecimiento de la articulación interinstitucional.

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**11-11-2025**

INFORMACIÓN GENERAL	
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina	
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR	
Nombres y apellidos: Angie Natalia Mendez Arias	Cargo: Auxiliar ETV
Correo electrónico institucional: natismendez.2023@gmail.com	Teléfono:3137161699
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)	
Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro)	
Nombre del beneficiario: Gabriel Rodríguez	Correo electrónico: N/A
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: CHOACHÍ	
Número total de beneficiarios: 5	
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)	
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca	
ACTIVIDADES REALIZADAS	
Seguimiento a los Puestos de Recolección de Triatominos Comunitarios (PRTC) – Municipio de Choachí En el municipio de Choachí se llevó a cabo el seguimiento y evaluación de los Puestos de Recolección de Triatominos Comunitarios (PRTC), como parte de las actividades	

contempladas dentro del Plan de Interrupción de la Transmisión Intradomiciliaria de *Trypanosoma cruzi* por *Rhodnius prolixus* en municipios priorizados del departamento.

A mi cargo se encuentran cinco (5) puestos de recolección, ubicados en las siguientes veredas y con sus respectivos responsables:

1. Vereda Quizá – Sr. Gabriel Rodríguez
2. Vereda Maza – Sr. Javier Vianey Amórtegui
3. Vereda Maza – Sr. Miguel Ángel Cruz
4. Vereda Río Blanco – Sr. Juan Manuel Daza

Durante la jornada se realizó un seguimiento detallado al estado de funcionamiento y operatividad de cada PRTC, verificando la información existente y efectuando su actualización mediante el formulario digital en la plataforma ArcGIS Survey123. Esta labor tuvo como propósito mantener actualizada la base de datos institucional, asegurar la continuidad de la vigilancia entomológica y fortalecer el compromiso comunitario con la detección oportuna de triatominos.

De igual forma, se desarrolló una capacitación dirigida a los encargados de los puestos, orientada a reforzar los procedimientos adecuados para la captura, manejo y conservación de los triatominos, en caso de que sean observados en viviendas o reportados por la comunidad. Se enfatizó en la importancia de mantener los ejemplares vivos para su remisión al área de Salud Pública, garantizando su identificación y análisis.

Además, se actualizó la red de comunicación directa con el equipo técnico, brindando los datos de contacto para asegurar una coordinación efectiva, respuesta oportuna y manejo adecuado de los ejemplares recolectados.

Estas acciones reflejan el compromiso continuo con el fortalecimiento de los PRTC, garantizando su operatividad y consolidando la participación comunitaria como eje fundamental en la vigilancia y control del vector transmisor de la enfermedad de Chagas.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒SI ☐NO

Observaciones:

- Reforzar la sensibilización comunitaria en las veredas para incentivar el reporte oportuno de triatominos y mantener activa la participación de la población en el proceso de vigilancia.
- Realizar mantenimiento periódico de los puestos, incluyendo la reposición de frascos entomológicos, etiquetas y material informativo, con el fin de garantizar su adecuada funcionalidad.
- Continuar con el acompañamiento técnico y las visitas de seguimiento, asegurando que la información registrada en la base de datos permanezca actualizada y verificada.
- Promover la comunicación permanente entre los responsables comunitarios y el equipo técnico municipal, fortaleciendo la red de vigilancia y la respuesta rápida ante la detección de vectores.

Se Anexa planilla de asistencia

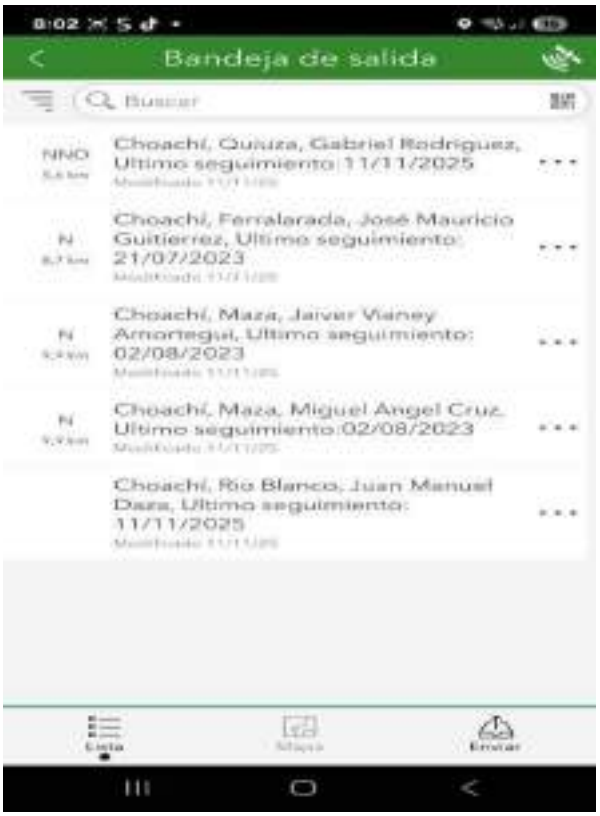
Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº3 **LUGAR: MUNICIPIO DE CHOACHI**

EVENTO: SEGUIMIENTO DE PUESTOS DE RECOLECCIÓN DE TRIATOMINOS COMUNITARIOS.

FOTO N° de **PROVINCIA: CUNDINAMARCA**
Fecha de toma (11/11/2025):



Observaciones:

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**11/11/2025**

INFORMACIÓN GENERAL	
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina	
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR	
Nombres y apellidos: Angie Natalia Mendez Arias	Cargo: Auxiliar ETV
Correo electrónico institucional: natismendez.2023@gmail.com	Teléfono:3137161699
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)	
Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro)	
Nombre del beneficiario:	Correo electrónico
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: UBAQUE	
Número total de beneficiarios: 8	
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)	
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca	
ACTIVIDADES REALIZADAS	
Seguimiento a los Puestos de Recolección de Triatominos Comunitarios (PRTC) – Municipio de Ubaque En el municipio de Choachí se llevó a cabo el seguimiento y verificación de los Puestos de Recolección de Triatominos Comunitarios (PRTC), como parte de las acciones	

establecidas dentro del Plan de Interrupción de la Transmisión Intradomiciliaria de *Trypanosoma cruzi* por *Rhodnius prolixus* en municipios priorizados del departamento.

A mi cargo se encuentran ocho (8) puestos de recolección, distribuidos en las siguientes veredas y con los respectivos responsables:

1. Vereda Centro Afuera – Sr. Oscar Herrera
2. Vereda Fistega – Sr. Norberto Martínez
3. Vereda Ganco – Sr. Jhon Cubillos
4. Vereda Molino – Sra. Anita Rincón
5. Vereda PIC Municipal – Sr. Diego Aguas
6. Vereda Río Negro – Sra. Silvia Flórez
7. Vereda Romero Bajo – Sr. Danilo Amaya
8. Vereda San Agustín – Sr. Luis Adelmo Mora

Durante la jornada, se realizó una revisión detallada del estado operativo de cada PRTC, verificando la vigencia de la información registrada y la correcta funcionalidad de los puestos mediante la actualización del formulario en la plataforma ArcGIS Survey123. Este proceso permitió mantener actualizada la base de datos institucional y asegurar que los puestos continúen cumpliendo su función como puntos comunitarios activos para la vigilancia entomológica.

Adicionalmente, se llevó a cabo una capacitación con los encargados de cada puesto, enfocada en reforzar los procedimientos para la captura y manejo adecuado de triatominos, en caso de ser detectados en viviendas o reportados por la comunidad. Se explicó paso a paso la técnica de captura segura para evitar daños al insecto y garantizar su conservación viva hasta la entrega al área de Salud Pública para su identificación y análisis.

Finalmente, se actualizó la red de comunicación con los responsables comunitarios, proporcionando los canales de contacto directo con el equipo técnico, con el fin de fortalecer la coordinación, asegurar la notificación oportuna y garantizar la respuesta rápida ante la detección de ejemplares sospechosos.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒SI ☐NO

Observaciones:

- En algunas veredas se recomienda reforzar la sensibilización comunitaria para promover la búsqueda y reporte de triatominos, especialmente en zonas donde la participación ha sido limitada.
- Se sugiere continuar con visitas periódicas de seguimiento para mantener actualizada la información y asegurar la sostenibilidad del sistema de vigilancia comunitaria.

Se Anexa planilla de asistencia

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ N.º 3 **LUGAR:MUNICIPIO DE UBAQUE**

EVENTO: SEGUIMIENTO DE LOS PUESTOS DE RECOLECCIÓN DE TRIATOMINOS COMUNITARIOS.

FOTO N° de **PROVINCIA: CUNDINAMARCA**
Fecha de toma (11/11/2025):





Observaciones:

Gobernación de Cundinamarca	**PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL**	**Código: E – PID – FR - 004**
		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	**Fecha de Aprobación: 11/09/24**

OBJETIVO DE LA REUNION:	**FECHA:**	**ACTA No.**
ACTIVIDAD EDUCATIVA SOBRE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES (ETV)	07-11-2025	1

LUGAR:	**HORA INICIO**	**HORA FINALIZACIÓN**
IGNACIO PESCADOR	8:00 am	9:30 am

ORDEN DEL DÍA

1. Presentación del equipo de trabajo y de los temas a tratar.
2. Socialización sobre la enfermedad de Chagas.
3. Explicación del proceso de toma de muestras.
4. Charla sobre tenencia responsable de animales domésticos.
5. Espacio de preguntas y participación de los estudiantes.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

El día 7 de Noviembre ,Daniela Escobar, Viviana, Julián Arrieta, Mayra Martínez y Ana María Romero asistieron a la Institución Educativa Ignacio Pescador del municipio de Choachí, donde se realizó una jornada educativa dirigida a los estudiantes de los grados cuarto y quinto, junto con sus docentes.

La jornada inició con la presentación del equipo de trabajo y la exposición de los temas a tratar, orientados a fortalecer los conocimientos sobre las enfermedades transmitidas por vectores y la importancia de la tenencia responsable de animales domésticos.

Durante la actividad se resaltó el tema de la enfermedad de Chagas, explicando que esta es causada por el parásito y transmitida principalmente por un insecto conocido como pito. Se indicó que este insecto se alimenta de sangre y habita en grietas de paredes, techos de palma, bahareque o madera, especialmente en viviendas rurales. También se explicó que la transmisión ocurre cuando el pito deposita sus heces cerca de la picadura, permitiendo que el parásito ingrese al cuerpo si la persona se rasca o entra en contacto con alimentos infectados.

Se resaltaron las medidas de prevención, entre ellas: mantener las viviendas limpias y libres de grietas, eliminar la acumulación de objetos donde el vector pueda esconderse, revisando techos y paredes con frecuencia y reportar la presencia del insecto al personal de salud. Así mismo, se explicó cómo realizar una captura segura del vector, utilizando frascos limpios y cerrados sin aplastarlo, para luego llevarlo al centro de salud más cercano o al PIC de la alcaldía.

Seguidamente, se habló sobre la importancia de la toma de muestras biológicas, proceso que permite detectar de manera temprana posibles casos de Chagas en la comunidad y garantizar un tratamiento oportuno.

Finalmente, Ana María Romero desarrolló una explicación dirigida a los niños sobre la tenencia responsable de animales domésticos, resaltando que tener una mascota implica compromiso, amor y responsabilidad. Se les explicó que deben mantener a sus animales vacunados, desparasitados, bien alimentados y en espacios limpios y seguros, evitando que duerman en las camas o en los mismos lugares donde descansan las personas. También se habló sobre el respeto hacia los animales, la importancia del juego, del buen trato y de acudir al veterinario cuando sea necesario.

La actividad culminó con una ronda de preguntas participativas, donde los niños compartieron sus experiencias con sus mascotas, respondieron correctamente sobre las formas de prevención del Chagas y demostraron interés y comprensión frente a los temas tratados.

CONCLUSIONES

La jornada permitió fortalecer el vínculo entre la comunidad educativa y las entidades participantes, fomentando la comprensión de la importancia de la tenencia responsable de mascotas y del cuidado ambiental desde la infancia. La participación activa de los niños evidenció su interés y disposición para aplicar los conocimientos adquiridos en su entorno familiar y escolar. Asimismo, se destacó el compromiso institucional por continuar impulsando espacios pedagógicos que promuevan la conciencia ambiental, el respeto por la vida y la convivencia armónica con el entorno natural.

OBJETIVO DE LA REUNION:	**FECHA:**	**ACTA No.**
JORNADA EDUCATIVA EN LA ESCUELA EL LAVADERO, MUNICIPIO DE FÓMEQUE	11-11-2025	2

LUGAR:	**HORA INICIO**	**HORA FINALIZACIÓN**
ESCUELA RURAL DEL LAVADERO-FOMEQUE CUNDINAMARCA	10:00 am	11:00 am

ORDEN DEL DÍA

1. Presentación del equipo y temas a tratar.
2. Charla educativa sobre la enfermedad de Chagas.
3. Actividad pedagógica sobre tenencia responsable de mascotas.
4. Espacio de participación y preguntas de los niños.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Esta reunión inicio con la presentación del equipo técnico de salud, conformado por Julián Arrieta y Ana María Romero, quienes explicaron a los niños el propósito de la visita, destacando la importancia de aprender sobre la enfermedad de Chagas y el cuidado responsable de los animales.

En la primera parte, Julián Arrieta realizó una charla dinámica sobre la enfermedad de Chagas, explicando de forma sencilla que esta es causada por un parásito que se transmite por un insecto conocido como “pito”. A través de ejemplos e imágenes, se explicó cómo este insecto puede esconderse en las paredes, techos o grietas de las viviendas rurales, y cómo puede picar a las personas mientras duermen, dejando el parásito en la piel. También se habló sobre las formas de prevenir la enfermedad, resaltando la importancia de mantener las casas limpias, ordenar los objetos, reparar las paredes, no dormir cerca de animales y reportar la presencia del insecto al personal de salud.

Seguidamente, Ana María Romero lideró una actividad sobre la tenencia responsable de mascotas, donde se explicó que tener un animal de compañía implica cuidarlo con amor

y responsabilidad. Se enseñó a los niños que las mascotas necesitan alimentación adecuada, agua limpia, un lugar donde dormir, vacunas, desparasitación y atención veterinaria. Se insistió en que no deben ser maltratadas ni abandonadas, ya que también sienten hambre, miedo y dolor. Además, se promovió el respeto hacia todos los animales como parte del entorno y se explicó cómo el buen cuidado de perros y gatos ayuda a prevenir enfermedades en las familias y en la comunidad.

Para reforzar los aprendizajes, se realizaron preguntas participativas donde los niños contaron historias sobre sus mascotas, identificaron buenas y malas prácticas de cuidado y propusieron acciones para mejorar la salud de los animales de su vereda. El grupo mostró gran entusiasmo y comprensión de los temas, participando activamente y demostrando interés en seguir aprendiendo.

CONCLUSIONES

La jornada fue muy productiva, ya que permitió fortalecer los conocimientos de los estudiantes sobre la prevención de la enfermedad de Chagas y la importancia del cuidado de los animales domésticos. Los niños comprendieron que la salud humana y la salud animal están conectadas, y que el aseo, la prevención y el respeto por los seres vivos contribuyen al bienestar de toda la comunidad. Se evidenció un ambiente educativo positivo, con alto nivel de participación, interés y compromiso por parte de los asistentes.

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**01/11/2025 al 15/11/2025**

INFORMACIÓN GENERAL

Medio de Asistencia Técnica:

☒Campo ☐Virtual ☐Oficina

DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD

DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR

Nombres y apellidos: Angie Natalia Mendez Arias	Cargo: Auxiliar ETV
Correo electrónico institucional: natismendez.2023@gmail.com	Teléfono:3137161699

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO
(Solicitante o uno de los beneficiarios)

Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro)

Nombre del beneficiario: Comunidad de Choachí	Correo electrónico: N/A

Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Choachí

Número total de beneficiarios: 150 viviendas

TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)

OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca

ACTIVIDADES REALIZADAS

Realizar mínimo 150 encuestas domiciliarias para el registro de factores de riesgo y búsqueda activa de triatominos, promoción de la salud y prevención de la enfermedad de Chagas, en los municipios indicados mensualmente por el supervisor del contrato. Cada encuesta deberá ser registrada en la vivienda correspondiente a través del formulario diseñado para ArcGis Survey 123.

Se realizaron 150 visitas domiciliarias en el municipio de Choachí en el marco del plan de certificación, la eliminación intradomiciliaria de la trasmisión de T. cruzi por Rhodnius proxilus con el fin de caracterizar las condiciones de vida en que viven las personas de la zona de influencia. Se realizaron las encuestas por medio del formulario de ArcGIS Survey 123.

Es de informar que 14 veredas del municipio —Río Blanco, Resguardo Alto, Resguardo Bajo, Resguardo Norte, Resguardo Sur, Ferralarada, Chivate, Quiza, Barro Negro, Granadillo, Maza, La Llanada y El Hato— se encuentran ubicadas a una altitud no superior a los 2.100 m s. n. m., condición considerada de riesgo para la presencia del vector transmisor de la enfermedad de Chagas.

Este factor fue determinante para priorizar dichas zonas al momento de realizar las encuestas domiciliarias a través del aplicativo Survey123, herramienta utilizada para el registro y trazabilidad de la información.

Desarrollo de la actividad

Con el propósito de cumplir con el número de encuestas requeridas por la Concurrencia de Chagas, se desarrollaron las actividades de campo en las veredas Resguardo Bajo (sector Alto de la Cruz) y Río Blanco, de acuerdo con el siguiente cronograma:

Fecha	Vereda / Sector	Actividad realizada	Número de encuestas domiciliarias
08 de noviembre	Resguardo Bajo – Sector Alto de la Cruz	Aplicación de encuestas domiciliarias	35
09 de noviembre	Resguardo Bajo – Sector Alto de la Cruz	Aplicación de encuestas domiciliarias	30
10 de noviembre	Río Blanco	Aplicación de encuestas domiciliarias	25
11 de noviembre	Río Blanco	Aplicación de encuestas domiciliarias	30
12 de noviembre	Río Blanco	Aplicación de encuestas domiciliarias	30

Total, de encuestas aplicadas: 150 encuestas domiciliarias.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☐SI ☐NO

Observaciones:

Se realizaron las 150 encuestas domiciliarias a la vereda de RESGUARDO BAJO SECTOR ALTO DE LA CRUZ Y RIO BLANCO en el municipio de Choachí Cundinamarca ´por consiguiente no fue fácil ya que en la anterior concurrencia no hubo una cobertura de la mayoría de las veredas.

Se atienden dudas e inquietudes de las personas con base de la enfermedad de Chagas y cuáles son los métodos de prevención dentro y fuera de sus viviendas, tratando de brindarles herramientas y estrategias para que las coloquen en práctica.

Se Anexa planilla de asistencia

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**01/11/2025 AL 15/11/2025**

INFORMACIÓN GENERAL	
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina	
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR	
Nombres y apellidos: Angie Natalia Mendez Arias	Cargo: Auxiliar ETV
Correo electrónico institucional: natismendez.2023@gmail.com	Teléfono:3137161699
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)	
Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro)	
Nombre del beneficiario: Comunidad de ubaque	Correo electrónico
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Ubaque	
Número total de beneficiarios: 150	
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)	
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca	
ACTIVIDADES REALIZADAS	
Realizar mínimo 150 encuestas domiciliarias para el registro de factores de riesgo y búsqueda activa de triatominos, promoción de la salud y prevención de la enfermedad de Chagas, en los municipios indicados mensualmente por el supervisor del contrato. Cada encuesta deberá ser registrada en la vivienda correspondiente a través del formulario diseñado para ArcGis Survey 123.	

Se realizaron 150 visitas domiciliarias en el municipio de Ubaque en el marco del plan de certificación, la eliminación intradomiciliaria de la trasmisión de T. cruzi por Rhodnius proxilus con el fin de caracterizar las condiciones de vida en que viven las personas de la zona de influencia. Se realizaron las encuestas por medio del formulario de ArcGis Survey 123.

Es de informar que 10 veredas del municipio —Ganco, Río Negro, San Agustín, Fistega, Molino, Centro Afuera, Cacique, Luciga, Romero Bajo y Romero Alto— se encuentran ubicadas a una altitud no superior a los 2.100 metros sobre el nivel del mar (m s. n. m.), condición que constituye un factor de riesgo importante para la presencia del vector transmisor de la enfermedad de Chagas.

Este criterio altitudinal fue determinante al momento de planificar y ejecutar las encuestas domiciliarias mediante el aplicativo Survey123, herramienta digital que permite registrar la información de manera precisa y trazable.

Desarrollo de la actividad

Con el propósito de cumplir con el número de encuestas requeridas por la Concurrencia de Chagas, se desarrollaron jornadas de campo en las veredas Ganco, Río Negro y Cacique, priorizadas por su ubicación geográfica y condiciones de riesgo.

A continuación, se detalla el cronograma de trabajo ejecutado:

Fecha	Vereda / Sector	Actividad realizada	Número de encuestas domiciliarias
03 de noviembre	Ganco – Sector Alto	Aplicación de encuestas domiciliarias	40
04 de noviembre	Ganco – Sector Alto	Aplicación de encuestas domiciliarias	30
11 de noviembre	Río Negro	Aplicación de encuestas domiciliarias	25
12 de noviembre	Río Negro	Aplicación de encuestas domiciliarias	15
14 de noviembre	Cacique	Aplicación de encuestas domiciliarias	20
15 de noviembre	Cacique	Aplicación de encuestas domiciliarias	20

Total, de encuestas aplicadas: 150 encuestas domiciliarias.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒SI ☐NO

Observaciones:

Se realizaron las 150 encuestas domiciliarias a las veredas de GANCO, RIO NEGRO Y CACIQUE en el municipio de Ubaque Cundinamarca.

Las actividades se desarrollaron conforme al cronograma establecido, cumpliendo con el total de encuestas domiciliarias requeridas por el programa.

La información recolectada mediante el aplicativo Survey123 constituye una herramienta fundamental para fortalecer la vigilancia entomológica y epidemiológica en las zonas priorizadas, permitiendo identificar factores de riesgo, orientar acciones de control vectorial y promover estrategias de prevención de la enfermedad de Chagas en el municipio.

Se atienden dudas e inquietudes de las personas con base de la enfermedad de Chagas y cuáles son los métodos de prevención dentro y fuera de sus viviendas, tratando de brindarles herramientas y estrategias para que las coloquen en práctica.

Se Anexa planilla de asistencia

LA SUBGERERENCIA CIENTIFICA EN CALIDAD DE SUPERVISORA DE LA CONCURRENCIA DE CHAGAS

CERTIFICA QUE:

En los municipios de Fomeque, Choachí y Ubaque, se llevan a cabo las acciones de la concurrencia de CHAGAS, donde se evidencia la actividad de:

"Apoyar en la verificación, organización y coordinación con entidad territorial para la fumigación en el control de vectores de importancia en salud pública, en situación de brotes, epidemias, presencia de casos, o por solicitud del supervisor del contrato, cumpliendo los requisitos técnicos, sanitarios y realizando el registro en ArGis Survey123 y/o acciones de control de insectos por medio de la aplicación de larvicidas cumpliendo con los protocolos de bioseguridad y la utilización de los equipos pertinentes."

Durante la ejecución de la tercera entrega, no se ejecuto la actividad ya que no se cuentan con insumos

Dada a los quince (15) días del mes de noviembre 2025.

DANIELA GAMBOA ALMANSA
Coordinadora salud pública HSVPF

MAYRA LUCIA MARTINEZ
Coordinadora concurrencia Chagas

NUESTRO SERVICIO ES PENSANDO EN USTED

San Vicente de Paúl
FOMEQUE

Gobernación de Cundinamarca

LA SUBGERERNCIA CIENTIFICA EN CALIDAD DE SUPERVISORA DE LA CONCURRENCIA DE CHAGAS

CERTIFICA QUE

Los municipios de Fomeque, Ubaque y Choachi, se llevan a cabo las acciones de concurrencia de CHAGAS, donde se evidencia la actividad de:

"Apoyar el cumplimiento de la programación en el proceso de vacunación antirrábica de perros y gatos, con el fin de evitar casos de rabia humana en el departamento, de acuerdo con los censos de animales de compañía."

Actividad que no se puede llevar a cabo debido a la falta de disponibilidad del biológico. No obstante, se realizaron reuniones y charlas sobre tenencia responsable de mascotas, en las cuales se reforzaron mensajes sobre el cuidado, la vacunación oportuna.

Dada a los quince días (15) del mes de noviembre del 2025

Daniela Gamboa Almansa

Mayra Lucia Martínez

Calle 4 No. 5-00 Teléfonos 8485024, 8485378, 8485379

Nit: 800.174.375-5

Fómeque – Cundinamarca

Email: hfomeque@yahoo.com

San Vicente de Paúl
FOMEQUE

Gobernación de Cundinamarca

LA SUBGERERENCIA CIENTIFICA EN CALIDAD DE SUPERVISORA DE LA CONCURRENCIA DE CHAGAS

CERTIFICA QUE:

En los municipios de Fomeque, Choachi y Ubaque, se llevan a cabo las acciones de la concurrencia de CHAGAS, donde se evidencia la actividad de:

"Apoyar al programa ETV y Zoonosis de la secretaria de salud de Cundinamarca, en el marco de las posibles contingencias relacionadas con las ETV-Zoonosis en todos los municipios inmersos en la concurrencia."

Durante la ejecución de la tercera entrega, no se obtuvo solicitud de apoyo al programa ETV y Zoonosis por parte de la secretaria de Salud de Cundinamarca para la realización de esta actividad.

Dada a los quince (15) días del mes de noviembre 2025.

DANIELA GAMBOA ALMANSA
Coordinadora salud pública HSVPF

MAYRA LUCIA MARTÍNEZ
Coordinadora concurrencia Chagas

Calle 4 No. 5-00 Teléfonos 8485024, 8485378, 8485379

Nit: 800.174.375-5

Fómeque – Cundinamarca
Email: hfomeque@yahoo.com

Scanned with CamScanner

OBJETIVO DE LA REUNION:	FECHA:	ACTA No.
Apoyar al programa ETV y Zoonosis de la secretaria de salud de Cundinamarca, en el marco de las posibles contingencias relacionadas con las ETV-Zoonosis en todos los municipios inmersos en la concurrencia	08/11/2025	01

LUGAR:	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
CHOACHI CUNDINAMARCA	08:30 A.M.	1:00 P.M.

ORDEN DEL DÍA

- Visitas domiciliarias con la Entomóloga del laboratorio y la coordinación Pic
- Cierre de la actividad

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Reunión de articulación en el marco de la Concurrencia Chagas 2025 (objetivos, trazabilidad e impacto)

A esta hora 08:30 A.M. y fecha 08/11/2025 en las instalaciones de la Alcaldía Municipal de Choachí se reúne el profesional para la concurrencia Chagas, Julian en conjunto con la profesional Lizeth Riveros coordinadora PIC y la entomóloga del laboratorio de Cundinamarca.

Se dio inicio a la actividad programada con el desplazamiento a la vereda Ferralarada, parte alta, con el objetivo de realizar una búsqueda activa de triatominos y larvas. La visita se llevó a cabo en la vivienda del señor Armando González Chávez, la cual presenta múltiples factores de riesgo asociados al hábitat del triatomino y de otros vectores, como paredes de adobe, piso de tierra con grietas visibles, techo en paja y presencia de aguas estancadas.

Al llegar al lugar, y en compañía de la entomóloga y la coordinadora del PIC, se realizó una inspección detallada, revisando minuciosamente las paredes, las grietas del piso, el techo y todas las áreas que podrían favorecer la presencia del vector. Asimismo, se verificaron los depósitos de agua estancada que representaban un riesgo adicional.

La búsqueda activa fue bien recibida por el señor Armando, quien manifestó su agradecimiento y resaltó la importancia de este tipo de intervenciones, señalando que le brindaban tranquilidad y confianza en el seguimiento que se adelanta en la zona.

Durante la inspección no se evidenció la presencia de triatominos. Sin embargo, se entregó al señor Armando un kit de recolección para que pueda capturar cualquier ejemplar que eventualmente llegue a observar y así reportarlo oportunamente para su análisis.

Después de haber realizado la búsqueda activa en la vereda de ferralarada realizamos el desplazamiento hacia la vereda de resguardo bajo al predio la Liwana del señor Arturo de la Pava, quien por medio de un oficio remitido a la gobernación y a la alcaldía informaba la presencia de posibles pitos. Al momento de llegar al predio de igual forma se realizo la búsqueda activa dentro del predio el cual tiene la actividad económica de hospedaje campestre y el dueño resaltaba que por eso tenia preocupación al respecto. En la búsqueda realizada se evidencio un ejemplar triatomino, sin embargo ya estaba muerto y la entomóloga aseguro que no pertenecia a la familia que trasmite la enfermedad, por tal motivo se le informo al dueño del predio que no se evidencio ningún insecto transmisor de la enfermedad.

En constancia de lo anterior se anexa registro fotográfico y listado de asistencia

Sin novedad especial se da cierre del acta.

CONCLUSIONES

- El desarrollo de la actividad fue productiva ya que las inspecciones realizadas dejaron aprendizaje de búsqueda y de esa forma tener mayor conocimiento sobre el vector y los factores de riesgo.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 1

LUGAR:
Choachí - Cundinamarca

EVENTO:
Apoyo Búsqueda Activa

FOTO N° 8 de 8
Fecha de toma (08/11/2025):

PROVINCIA:
Choachí-Cundinamarca










Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

Observaciones:
Fue exitosa la jornada ya que se atendió la población que se deseaba visitar.

Gobernación de Cundinamarca	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
[illegible]	Contratista	LSPC - ETTO	
Julian Arneta	Aux ETV	HSVPF	
Lizeth Rincones Parra	coordinadora PIC	Alcaldía Cundinamarca	

Scanned with CamScanner

	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
Gobernación de Cundinamarca		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

OBJETIVO DE LA REUNION:	FECHA:	ACTA No.
Realizar articulación con PIC municipal, APS, Equipo ETV Departamental en aras de sectorizar las acciones y dar cobertura al 100 % del municipio	13/11/2025	01

LUGAR:	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
Hospital San Vicente de Paul de Fomeque	2:00pm	3:00pm

ORDEN DEL DÍA

- Articulación con equipo APS y PIC municipal
- Estrategias para brindar mayor cobertura en el territorio
- Fortalecimiento del Plan de Interrupción

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Se dio el desarrollo de la reunión siendo las 2:00 P.M. del 13 de noviembre del 2025 con el equipo de APS y PIC municipal con el fin de sectorizar las acciones de la coordinación de salud publica en el municipio de Fomeque.

Durante la reunión se presentó el proceso de articulación entre los distintos equipos de coordinación en salud pública. Cada equipo expuso detalladamente cómo se estaban desarrollando las actividades a su cargo y cuál había sido la respuesta y nivel de participación de la comunidad en el territorio. Posteriormente, se revisó el cumplimiento de las metas propuestas, identificando si se estaban alcanzando los objetivos establecidos y qué metodologías se estaban implementando para garantizar una ejecución del 100%. Finalmente, se consolidó la información más relevante aportada por cada equipo, con el fin de identificar y mantener presentes las áreas prioritarias relacionadas con la enfermedad de Chagas

A continuación, se relaciona los temas abordados:

- Los equipos de APS y PIC municipal destacaron que las actividades ejecutadas en el territorio se están llevando a cabo mediante visitas casa a casa, así como a través de convocatorias y realización de ferias de salud en los diferentes sectores del municipio. Señalaron, además, que uno de los principales objetivos es lograr que la comunidad perciba de manera positiva el trabajo articulado entre los equipos, garantizando así una mejor comprensión y apropiación de las acciones desarrolladas.

- De acuerdo con la información presentada por los equipos de APS y PIC municipal, se ha logrado una cobertura del 100% en las actividades programadas. Este resultado constituye un indicador favorable, especialmente en lo referente a la atención y prevención de la enfermedad de Chagas, ya que demuestra que la comunidad ha estado receptiva y mantiene presente los temas relacionados con la salud. Asimismo, evidencia que se han podido implementar de manera efectiva diversas acciones y contenidos orientados a fortalecer el conocimiento y la participación comunitaria.

- Se plantearon diversas estrategias para ampliar la cobertura en el territorio en relación con la prevención, vigilancia y control de la enfermedad de Chagas. Entre ellas se incluyen el fortalecimiento de las jornadas casa a casa, el aumento de actividades comunitarias y educativas, la articulación intersectorial, y la optimización de los recursos disponibles para garantizar que la información y las intervenciones lleguen de manera efectiva a toda la población, especialmente a las zonas de mayor vulnerabilidad.

- Se destacó la necesidad de fortalecer el plan para la interrupción de la transmisión intradomiciliaria de la enfermedad de Chagas, transmitida por Rhodnius prolixus. Este plan es fundamental para reducir la incidencia de la enfermedad en el municipio y de esta forma generar tamizajes en los sectores donde se evidenciará la enfermedad o en donde se presentará la presencia de algún triatomino.

CONCLUSIONES

- La coordinación entre los equipos de APS y PIC municipal en la elaboración de los cronogramas constituye un paso fundamental para garantizar una participación efectiva en todas las actividades programadas. Esta articulación permite organizar de manera adecuada los tiempos, optimizar los recursos y asegurar que cada intervención se realice de forma oportuna y con el alcance previsto.
- Es prioritario fortalecer el plan de interrupción de la transmisión de la enfermedad de Chagas, con el fin de mejorar los indicadores de salud pública en el municipio de Fómeque. El reforzamiento de este plan permitirá avanzar en la identificación oportuna de riesgos, la implementación de acciones preventivas y el acompañamiento continuo a la comunidad, contribuyendo así a reducir la transmisión y a proteger la salud de la población.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Trabajar juntamente con la Alcaldía de PIC para asegurar la articulación del equipo y la participación en todas las actividades.	Todo el contrato	Equipo Chagas

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Desarrollar un plan detallado para fortalecer la estrategia de interrupción de la transmisión de la enfermedad de Chagas	Todo el contrato	Equipo Chagas

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 1

LUGAR:
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

EVENTO:
ARTICULACION APS, PIC MUNICIPAL

FOTO N° 3 de 3
Fecha de toma (13/11/2025):

PROVINCIA:
FOMEQUE-CUNDINAMARCA







Observaciones:

Se resalta el compromiso por parte de los equipos de APS y PIC municipal en el desarrollo de la ejecución de las actividades que hacen parte de la coordinación de salud publica

Gobernación de Cundinamarca	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
Sandra Sabogal	Enfermera SSR	HOUP-Tomeque	
Julian Andres Armelas	Ety. Aux	HSVPF	
Yeny Sirley Jiménez Bolaño	AUX Enfermeria	HSVPF	
Karan Yeraldine Parrado	AUX Enfermería	H.S.V.P.F	Yeraldine Parrado S.
Laura Natalia Daza.	AUX Enfermeria	H.S.V.P.F.	Laura Daza.

Scanned with CamScanner

OBJETIVO DE LA REUNION:	FECHA:	ACTA No.
Realizar la articulación mensual de los planes de promoción, prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis Departamentales, junto al representante o coordinador PIC de cada municipio asignado	07/11/2025	01

LUGAR:	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
OFICINA PIC	09:30 A.M.	10:00 A.M.

ORDEN DEL DÍA

- Exposición de actividades que se han desarrollado en el municipio.
- Coordinación de la visita del área de entomología del municipio de Choachi.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Reunión de articulación en el marco de la Concurrencia Chagas 2025 (objetivos, trazabilidad e impacto)

A esta hora 09:30 A.M. y fecha 07/11/2025 en las instalaciones de la Alcaldía Municipal de Choachí se reúnen los profesionales para la concurrencia Chagas, Julian Arrieta, Daniela Escobar, Mayra Martinez, Bibiana Rodríguez y Ana maría Romero quienes desempeñan actividades de laa concurrencia de chagas en conjunto con la profesional Lizeth Riveros coordinadora PIC.

Se dio inicio a la reunión presentando la información sobre las actividades realizadas en el municipio, entre ellas la ejecución de talleres y jornadas lúdico-pedagógicas dirigidas a la comunidad. Dentro de estas intervenciones se mencionó la sesión realizada con la población reunida en el Jardín Infantil Ignacio Pescador, así como dos talleres desarrollados: uno en la escuela sede El Laureano y otro durante la movilización contra el cáncer en el municipio de Choachí. Estas acciones han permitido ampliar la cobertura del programa de concurrencia de Chagas y fortalecer los procesos de educación y prevención en la población.

Con la articulación de las actividades ejecutadas en el municipio de Choachí, Cundinamarca, en el marco del trabajo realizado por los auxiliares de ETV, se informó a la coordinadora del PIC que se han visitado las veredas Resguardo Bajo – sector El Pino y Guaza, donde se aplicaron 150 encuestas domiciliarias. Estas intervenciones han permitido abarcar una parte importante del territorio, brindando a las familias conocimientos básicos relacionados con la enfermedad de Chagas y fortaleciendo los procesos de prevención en la comunidad.

Seguidamente, se socializaron las actividades desarrolladas en el municipio, destacando la realización de cuatro talleres y tres jornadas lúdico-pedagógicas correspondientes a la primera y segunda entrega. De igual forma, se informó sobre la aplicación de 300 encuestas domiciliarias adicionales, así como el seguimiento a los puestos de vigilancia de triatominos establecidos en las dos primeras entregas del programa de concurrencia de Chagas. También se mencionó la coordinación de la visita de la entomóloga de la Gobernación, cuyo objetivo fue llevar a cabo la búsqueda activa de triatominos en la zona rural del municipio.

Asimismo, se resolvieron las inquietudes planteadas por la coordinadora del PIC, orientadas al mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes del municipio. Durante la reunión, se estableció la articulación de un cronograma de actividades dirigido a los diferentes sectores de la comunidad, con el propósito de fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y educación en salud.

En constancia de lo anterior se anexa registro fotográfico y listado de asistencia

Sin novedad especial se da cierre del acta.

CONCLUSIONES

- Se evidenció un adecuado desarrollo del proceso de concurrencia dentro del municipio, lo que ha permitido una articulación eficaz y fluida con la profesional de la coordinación PIC, Lizeth Riveros. Esta colaboración ha favorecido la implementación organizada de las actividades y el fortalecimiento de las acciones de vigilancia, prevención y educación en salud.
- Las partes acordaron la planificación de actividades y la programación de acciones futuras orientadas a reforzar la articulación institucional frente a la enfermedad de Chagas, especialmente en lo relacionado con la presencia de *Rhodnius prolixus*. Estas acciones buscan optimizar la respuesta territorial, mejorar la cobertura y garantizar la ejecución oportuna de las estrategias orientadas a proteger la salud de la población.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
● Entregar acta de las actividades a realizar este mes	Nov- 2025	Auxiliar ETV
● Informar la cantidad de encuestas a realizar	Nov- 2025	Auxiliar ETV
● Entregar cronograma	Nov- 2025	Auxiliar ETV

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 1

LUGAR:
Alcaldía municipal – oficina PIC

EVENTO:
Articulación PIC

FOTO N° 3 de 3
Fecha de toma (07/11/2025):

PROVINCIA:
Choachi-Cundinamarca



Observaciones:
Se tuvo un buen recibimiento del equipo de chagas ante la oficina del PIC, se recalca la buena articulación con la coordinadora Lizeth Riveros.

Gobernación Cundinamarca	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

ASISTENTES:

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
Ana Maria Romero	Tecnico ETV	H.S.V.P.F	Ana Maria R.
Lizeth Rivelos Pabo	Coordinadora PIC	Alcaldia Cucunubá	
Martha Bibiana Rodriguez	Aux. Tuberculosis	H.S.V.P.F	Martha Bibiana R.
Julian Arnela	Aux. ETV	HSVPF	
Daniela Escobar P	Psicologa	HSVPF	

Scanned with CamScanner

Gobernación Cundinamarca	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

OBJETIVO DE LA REUNION:	FECHA:	ACTA No.
Articulación de los planes de promoción, prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis Departamentales, junto al representante o coordinador PIC de cada municipio asignado, equipo basico territorial (APS) para la gestion de casos especiales identificados relacionados a las ETV-zoonosis de manera mensual.	7 noviembre 2025	

LUGAR:	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
Alcaldia Municipal De choachi- casa de la cultura	10:00 am	11: 00 am

ORDEN DEL DÍA

1. Saludo de los participantes
2. Socialización de las actividades realizadas de zoonosis y ETV en el periodo comprendido correspondiente a la segunda entrega
3. Concertación de fechas para proximas actividades : - Movilizaciones - equipos básicos - Actividades IED Ignacio Pescador y la IEDR el Ato - Funcionarios de la alcaldía.
4. Construcción del cronograma
5. Cierre

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Se da apertura a la reunión el 11 de noviembre del 2025 a las 10 am con la correspondiente coordinadora Pic , Lizeth Riveros y el equipo de la concurrencia de Chagas del HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FÓMQUE,, quien agradece la presencia del equipo de concurrencia de Chagas y resalta la importancia del trabajo articulado entre las instituciones.

El equipo presenta la socialización de las actividades ejecutadas en el periodo correspondiente a la segunda entrega, relacionadas con zoonosis y Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV).

Se revisaron avances, cobertura, resultados preliminares y actividades pendientes para fortalecer la ejecución en los municipios priorizados.

Se acuerdan fechas tentativas y líneas de acción para las actividades programadas en los siguientes componentes:

• Movilizaciones – Equipos Básicos

Scanned with CamScanner

Se coordinan las fechas para las próximas movilizaciones territoriales, garantizando el apoyo del personal disponible y la cobertura de las áreas priorizadas.

• Actividades en la I.E.D. Ignacio Pescador y la I.E.D.R. El Ato

Se definen las fechas para la realización de actividades pedagógicas, ferias de salud, talleres y estrategias educativas dirigidas a estudiantes y docentes, en el marco de la prevención de ETV y zoonosis.

Se acuerda la reprogramación y ejecución de una actividad dirigida a los funcionarios de la Alcaldía de Choachí, enfocada en la promoción de hábitos saludables y prevención de enfermedades transmitidas por vectores.

De manera conjunta, el equipo elabora el cronograma de actividades para las próximas semanas, estableciendo.



El cronograma será compartido posteriormente a través de correo electrónico para su revisión final por los equipos participantes.

Scanned with CamScanner

La reunión finaliza agradeciendo la participación activa del equipo de concurrencia de Chagas y la coordinación PIC. Se resalta el compromiso institucional para la ejecución articulada de las actividades proyectadas.

Se acuerda continuar con el seguimiento permanente a cada uno de los compromisos establecidos

CONCLUSIONES

1. El equipo de concurrencia de Chagas y la coordinadora PIC ratifican su compromiso con el trabajo articulado para fortalecer las acciones de prevención y control de ETV y zoonosis en el municipio de Choachí.
2. Se reconoce el avance alcanzado durante la segunda entrega, destacando la importancia de mantener la continuidad en las actividades programadas y mejorar los tiempos de reporte y seguimiento.
3. Quedan concertadas las fechas tentativas para las movilizaciones, actividades escolares y acciones dirigidas a funcionarios de la alcaldía, priorizando la organización y disponibilidad del equipo para asegurar su adecuada ejecución.
4. El cronograma elaborado de manera conjunta servirá como guía operativa para las próximas semanas y permitirá evitar reprocesos, optimizar recursos y garantizar el cumplimiento de las metas establecidas.
5. Se acuerda mantener la comunicación constante entre la coordinación PIC y el equipo de concurrencia para realizar ajustes oportunos, dar seguimiento a los compromisos adquiridos y garantizar el desarrollo exitoso de las actividades.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Actividades IED Monseñor Agustin Gutierrez	Noviembre	Equipo Concurrencia
Comunicación constante	Dentro todo el periodo que abarque la concurrencia	Todos los actores de la concurrencia
Socialización de avances	18 de noviembre 2025	Equipo Concurrencia
Facilitar espacios al equipo de la concurrencia con docentes de las escuelas de formacion y los funcionarios de la alcaldia	10 de diciembre 2025	coordinadora PIC

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

ASISTENTES:

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
Daniela Escobar Parga	Psicologa	HSVP F.	
Lizeth Rueda Pardo	Coordinadora PIC	Alcaldía Chocontá	
Martha Bibiana Rodriguez.	Aux. toma muestras	H. S. V. P. F.	
Ana Maria Ramirez R	Tecnico ETV	H.S.V.P.F	
Daniela Escobar P	Bilologa	HSVP F.	
Johan Arrieta	Aux. ETV.	HSVPF	

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 02 Entrega 3
EVENTO: ARTICULACIÓN PIC
FOTO N° 1 de 1
Fecha de toma (7/11/2025):

LUGAR: ALCALDÍA DE CHOACHI- CASA DE LA CULTURA

PROVINCIA: ORIENTE



Observaciones:

_____

_____

_____

Scanned with CamScanner

OBJETIVO DE LA REUNION:	FECHA:	ACTA No.
Realizar la articulación mensual de los planes de promoción, prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis Departamentales, junto al representante o coordinador PIC de cada municipio asignado	11/11/2025	01

LUGAR:	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
OFICINA PIC	3:00 P.M.	4:00 P.M.

ORDEN DEL DÍA

- Exposición de concurrencia enfermedad de Chagas
- Articulación de actividades

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Reunión de articulación en el marco de la Concurrencia Chagas 2025 (objetivos, trazabilidad e impacto)

Siendo las 3:00 p.m. del día 11 de noviembre de 2025, en las instalaciones de la Alcaldía Municipal de Fómeque, se llevó a cabo una reunión entre el profesional de concurrencia del programa de Chagas, Julián Arrieta, y la profesional Diana Pineda, coordinadora del PIC municipal.

La reunión inició con la presentación de las actividades desarrolladas en el municipio durante el periodo correspondiente. Se informó que, para la tercera entrega, se ejecutaron dos jornadas lúdico-pedagógicas: una con la escuela del sector Lavadero y otra dirigida a la comunidad beneficiaria de la Renta Ciudadana en el salón parroquial. Asimismo, se realizó un taller con la comunidad rural del sector 6 y otro con los estudiantes del grado 702 del Colegio IDEMAG.

Seguidamente, se socializó que se efectuaron visitas a las veredas La Huerta, Laderas, Margarita, La Pastora, Potrero Grande y San Lorenzo, donde se llevaron a cabo visitas domiciliarias orientadas a la búsqueda activa del triatomino y a la verificación de posibles factores de riesgo asociados a la enfermedad de Chagas. Estas acciones permitieron identificar condiciones relevantes en el territorio y fortalecer la vigilancia entomológica en las zonas intervenidas

Se ha realizado el seguimiento de los puestos de vigilancia de triatominos ubicados en las siguientes veredas: Margarita, La Unión, Coasavista, Susa, Carrizal, Salitre, La Huerta, Gramal, Coacha, Potrero Grande, Río Blanco, La Pastora, Río Negro, Hato Viejo, Guachavita, Ucuatoque, Resguardo, Ponta, Lavadero, El Tablón y Guane. Cada uno de estos puntos cuenta con un líder

comunitario encargado de reportar de manera inmediata al Hospital cualquier hallazgo o sospecha de presencia de triatominos en la zona.

Gracias a este trabajo articulado y al compromiso de las comunidades, hasta la fecha no se ha identificado ni reportado la presencia de triatominos en el municipio de Fómeque, lo que constituye un avance importante para la vigilancia y control de la enfermedad de Chagas.

En constancia de lo anterior se anexa registro fotográfico y listado de asistencia

Sin novedad especial se da cierre del acta.

CONCLUSIONES

- Se evidencia un adecuado desarrollo del proceso de concurrencia en el municipio, lo que ha permitido una articulación efectiva y dinámica con la profesional del PIC municipal, Diana Pineda. Esta colaboración ha facilitado la ejecución coordinada de las actividades y el fortalecimiento de las acciones en salud pública.
- Las partes acordaron la planificación y programación de actividades futuras orientadas a la articulación de estrategias de prevención, vigilancia y control de la enfermedad de Chagas, especialmente en lo relacionado con la presencia de *Rhodnius prolixus*. Estas acciones buscan optimizar la respuesta institucional y garantizar una intervención oportuna en el territorio.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
● Entregar acta de las actividades a realizar este mes	Nov 2025	Auxiliar ETV
● Informar la cantidad de encuestas a realizar	Nov 2025	Auxiliar ETV
● Entregar cronograma	Nov 2025	Auxiliar ETV

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 1

LUGAR:
Alcaldía municipal – oficina PIC

EVENTO:
Articulación PIC

FOTO N° 2 de 2
Fecha de toma (11/11/2025):

PROVINCIA:
Fomeque-Cundinamarca





Observaciones:
Se tuvo un buen recibimiento del equipo de chagas ante la oficina del PIC, se recalca la buena articulación con la coordinadora Diana Pineda.

Gobernación de Cundinamarca	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

ASISTENTES:

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
Diana Milena Pineda	Coordinadora PIC	Alcaldía	Diana Pineda
Ulian Andres Arevalo M.	ETV - Aux	HSVPF	

Gobernación Cundinamarca	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

OBJETIVO DE LA REUNION:	FECHA:	ACTA No.
Articulación de los planes de promoción, prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis Departamentales, junto al representante o coordinador PIC de cada municipio asignado, equipo basico territorial (APS) para la gestion de casos especiales identificados relacionados a las ETV-zoonosis de manera mensual.	11 noviembre 2025	

LUGAR:	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
Alcaldia Municipal De Fómeque	9:30 am	11: 00 am

ORDEN DEL DÍA

1. Saludo de los participantes
2. Socialización de las actividades realizadas de zoonosis y ETV
3. Concertación de fechas para proximas actividades
   - Movilizaciones
   - Actividades IED Monseñor Agustín Gutierrez
   - Funcionarios de la alcaldia - Docentes de las escuelas de formacion
4. Construccion del cronograma
5. Cierre

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. Saludo de los participantes: Se da inicio a la reunión el 11 de noviembre del 2025 a las 9:30 am donde se realiza el correspondiente saludo de bienvenida por parte del equipo de la concurrencia – área de Enfermedades Transmitidas por Vectores y Zoonosis.

2. Socialización de las actividades realizadas de zoonosis y ETV: se socializa el avance de cada uno de los integrantes de la reunión incluyendo el seguimiento de las actividades ya programadas con anterioridad, la coordinadora PIC DIANA MILENA PINEDA , resalta el trabajo en equipo de la concurrencia y recomienda la asistencia a las actividades de fin de año para el cierre próspero de la concurrencia

3. Concertación de fechas para próximas actividades: Teniendo en cuenta la premura de la realización de las siguientes actividades se establece un cronograma de las próximas articulaciones PIC donde se resalta la practicidad y se hace la solicitud que sea 1 solo día para todo el equipo con el fin que sea un trabajo articulado sin reproesos y coincidencias en la población abarcada

Scanned with CamScanner

4. Movilizaciones:
La coordinadora PIC recuerda la reprogramacion de la movilización de cancer para el municipio de Fómeque , teniendo en cuenta que ya no se realizará el 8 de noviembre , se reprograma para el 22 de noviembre, donde resalta la importancia del apoyo del equipo completo incluyendo integrantes del municipio de ubaque y choachi en dado caso.

5. Actividades I.E.D. Monseñor Agustin Gutiérrez:
Se proyectaron actividades pedagógicas con los estudiantes y docentes, enfocadas en la promoción de entornos saludables y prevención de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis, incluyendo ferias de salud, talleres y campañas de comunicación a lo que se llega al compromiso por la psicóloga Daniela Escobar Pareja , articular con el coordinador , el profesor Millán para continuar con la apertura de los espacios teniendo en cuenta el cierre del año escolar.

6. Funcionarios de la Alcaldia - Docentes de las Escuelas de Formación:
teniendo en cuenta la reprogramacion de la actividad de los funcionarios de la alcaldía, se establece una nueva fecha de ejecución y se envía la invitación formal por medio de las redes sociales de la alcaldia para su convocatoria.

7. Construcción del cronograma:
De manera conjunta se elaboró el cronograma de trabajo mensual, definiendo responsabilidades, fechas tentativas y seguimiento de las actividades programadas. Este será compartido por correo electrónico a los participantes para su validación final.



Scanned with CamScanner

8. Cierre:

La reunión concluyó con un agradecimiento a los asistentes por su compromiso en la implementación de estrategias conjuntas que fortalezcan la prevención y control de las ETV y zoonosis en los municipios.

Se acordó realizar la próxima reunión de articulación con la coordinadora DIANA MILENA PINEDA el martes 18 , con el fin de hacer seguimiento a los compromisos establecidos.

CONCLUSIONES

1. El equipo mantiene un trabajo articulado y con buena disposición, resaltado por la coordinación PIC.
2. Se consolida un cronograma único para evitar reprocesos y mejorar la organización de las actividades.
3. La movilización de cáncer queda oficialmente reprogramada para el 22 de noviembre, con apoyo intermunicipal.
4. Se fortalecen las actividades pedagógicas en la I.E.D. Monseñor Agustín Gutiérrez, garantizando la continuidad mediante articulación con el docente coordinador.
5. La actividad para funcionarios de la alcaldía será reprogramada y se difundirá por redes institucionales.
6. Se enviará el cronograma mensual para validación y seguimiento.
7. Se fija una nueva reunión el martes 18 para revisión de compromisos.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Actividades IED Monseñor Agustin Gutierrez	Noviembre	Equipo Concurrencia
Comunicación constante	Dentro todo el periodo que abarque la concurrencia	Todos los actores de la concurrencia
Socialización de avances	18 de noviembre 2025	Equipo Concurrencia
Facilitar espacios al equipo de la concurrencia con docentes de las escuelas de formacion y los funcionarios de la alcaldia	10 de diciembre 2025	coordinadora PIC

Scanned with CamScanner

Gobernación Cundinamarca	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

ASISTENTES:

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
Diana Pineda Cardena	Coordinadora PIC	Alcaldía	Diana Pineda
Lorena Varelo	Aux enfermería	H.S.V.P.F	Lorena Varelo
Mayra Martinez M	Bacteriologa	HSVP Fómeque	Mayra Martinez
Daniela Escobar	Psicóloga	HSVP Fómeque	

Powered by CamScanner

Scanned with CamScanner

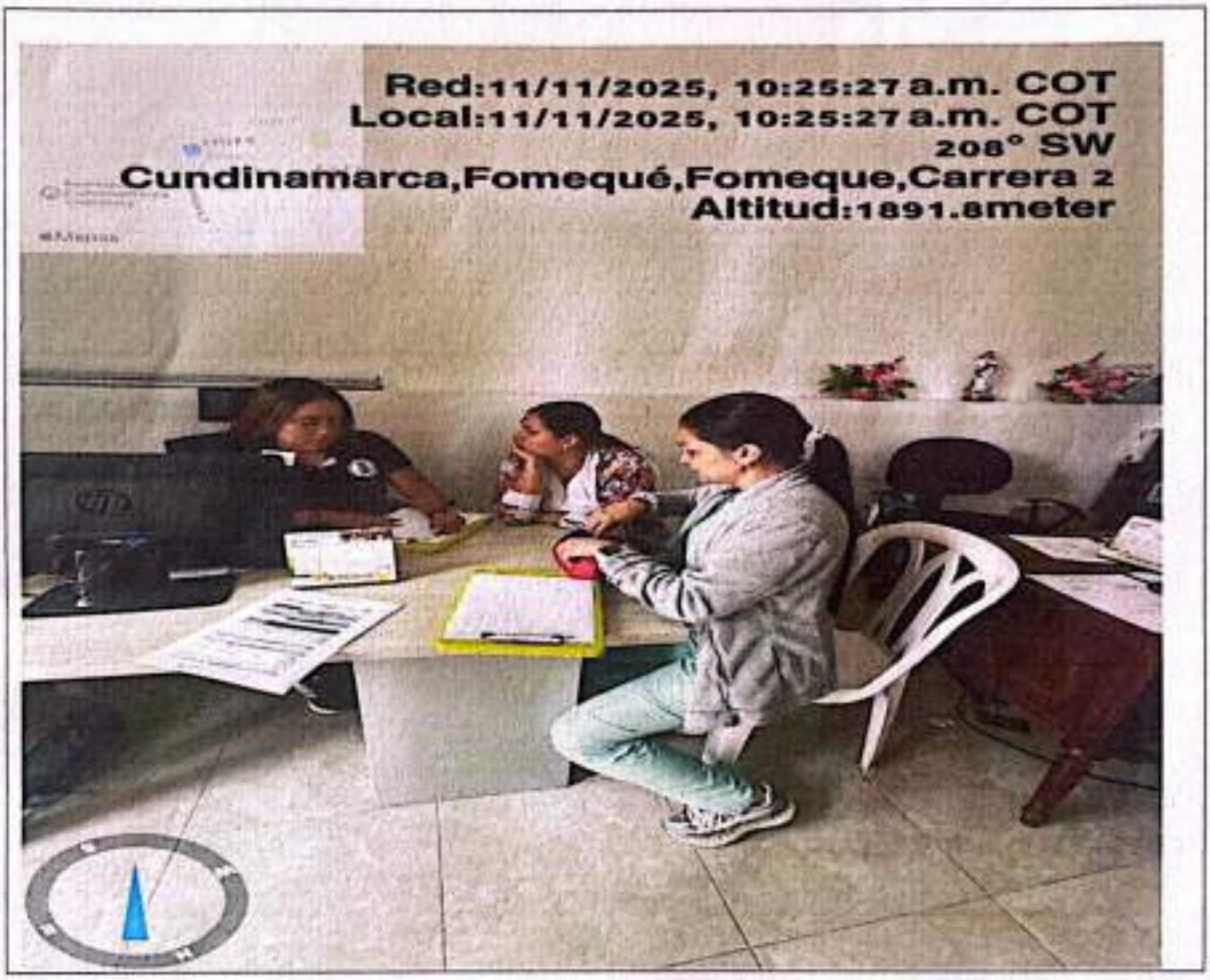
Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 01 Entrega 3
EVENTO: ARTICULACIÓN PIC
FOTO N° 1 de 1
Fecha de toma (11/11/2025):

LUGAR: ALCALDÍA DE FÓMEQUE

PROVINCIA: ORIENTE



Observaciones:

_____
_____
_____

Scanned with CamScanner

	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
Gobernación de Cundinamarca		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

OBJETIVO DE LA REUNION:	FECHA:	ACTA No.
ARTICULACION PIC MUNICIPAL UBAQUE	05/11/2025	03

LUGAR:	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
ALCALDIA MUNICIPAL UBAQUE	9:00AM	10:00AM

ORDEN DEL DÍA

- Saludo
- Informe de las actividades realizadas durante el corte anterior
- Articulación de las actividades para realizar en el municipio
- Compromisos
- Fin de la reunión

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Objetivo

Articular, gestionar y informar de actividades que fortalezcan la ejecución de la concurrencia de Chagas en el municipio de ubaque Cundinamarca.

Desarrollo de la reunión

Se realiza articulación municipal con el Doctor diego aguas, coordinador PIC Municipal del municipio de ubaque, se inicia la reunión con un cordial saludo, inicialmente se realiza la entrega del informe de las actividades realizadas durante el corte anterior con el fin de que el municipio tenga la información sobre el desarrollo de las actividades realizadas en el municipio hasta la fecha se han realizado 9 talleres educativos, 3 movilizaciones, con la cartografía social se a realizado hasta la fase , se han realizado 3 talleres lúdicos pedagógicos y 2 capacitaciones con personal de la salud. Se hace entrega del informe con evidencias fotográficas de las actividades relacionadas.

En seguida, se da la explicación de las actividades que se van a realizar dentro del municipio por parte del grupo de la concurrencia donde se articulan varias actividades para la ejecución del próximo corte como lo son jornadas de salud, talleres educativos y demás. Se le recuerda al coordinador de PIC que dentro del municipio se estarán realizando actividades para promover y prevenir la enfermedad de Chagas y además se estarán realizando jornada de ETV Y ZOONOSIS con énfasis sobre la rabia animales domésticos, y algunas enfermedades transmitidas por los insectos por parte de la trabajadora social se realiza la explicación de las actividades que hasta el momento se tienen programadas para la ejecución del próximo corte.

Por parte del coordinador municipal da algunas recomendaciones como respeto con la comunidad, que se debe portal el carnet cada vez que se realice una actividad o visita, que se debe dejar un informe de

las actividades que se realizaron durante los cortes con fotografía, además pide que los espacios que se abran para realizar actividades sean de mutuo acuerdo y que sean muy cumplidos con los horarios de llegada y salida , además de eso que si la alcaldía presta algún espacio devolver de la misma forma como se entrega. Por otro lado, se articulan las siguientes actividades:

- Jornada de vacunación
- Talleres en el colegio
- Talleres escuelas deportivas

Y demás actividades que se estarán realizando en el transcurso del tiempo de la concurrencia.

Por parte de trabajo social de la concurrencia, se realizan con los siguientes compromisos:

- Cumplimiento con las actividades
- Respeto con todas las entidades a tratar
- Cumplir con los horarios establecidos de los talleres, jornadas y demás
- Entregar mensualmente un informe de las actividades que se realizaron durante el tiempo de ejecución del contrato.

Se realiza la entrega del informe con las actividades realizadas hasta el momento, se anexa a esta acta el informe que se entrega.

Se finaliza la articulación a las 10:00 am

CONCLUSIONES

La reunión se cumplió satisfactoriamente, los compromisos del anterior corte se desarrollaron de la mejor forma por las dos partes.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
´próximo encuentro de articulación será programada por medio telefónico	18 de noviembre	Alcaldía ubaque coordinador PIC

SE ANEXA LISTADO DE ASISTENCIA

Gobernación de Cundinamarca	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

ASISTENTES:

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
DIEGO FELIPE DIAZ	COORD PIC	ALCALDIA	DIEGO FELIPE D.
NATALY CASTILLO HERRERA	TRABAJADORA SOCIAL	HOSPITAL FOMEQUE	

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 3

LUGAR: ubaque alcaldía

EVENTO: articulación pic

FOTO N° 1 de 1

PROVINCIA:

Fecha de toma (5/11/2025):



Observaciones:

_____

_____

_____.

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	11 de Noviembre 2025
LUGAR:	Escuela del Lavadero - Fómeque	HORA INICIO:	10:00 am
DEPENDENCIA QUE COORDINA:	ESE Hospital San Vicente de Paul de Fómeque	HORA FIN:	11:00 am

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN: DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VICTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	REINTEGRADO(A)	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	ADULTO MAYOR	NIÑEZ Y ADOLESCENCIA	1 AÑO	FIRMA
1	Wendy Alvarado	1071632044	8	F	Fomeque	Rural																
2	Diego Jimenez	1028407960	6	F	Fomeque	Rural																
3	Ximena Lara	1023980462	8	F	Fomeque	Rural																
4	Wesley Regalado	1076201293	13	M	Fomeque	Rural																
5	Steven Agudelo	1071631922	9	M	Fomeque	Rural																
6	Tatiana Velazquez	1071631065	9	F	Fomeque	Rural																
7	Daniel Varela	1069973011	9	M	Fomeque	Rural																
8	Juan Ramos	1071631687	9	M	Fomeque	Rural																
9	Steven Camilo	1071631120	11	M	Fomeque	Rural																
10	Andres Rojas	1071631625	10	M	Fomeque	Rural																
11	Daliana Montañez	1120383938	9	F	Fomeque	Rural																
12	Nicolas Velazquez	1120388416	7	M	Fomeque	Rural																
13	Andres Rodriguez	1071632363	6	M	Fomeque	Rural																

RESPONSABLE		GERENCIA	

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	
LUGAR:	Institucion Educativa Departamental Ignacio Rescador Chocachi Cent.	HORA INICIO:	
DEPENDENCIA QUE COORDINA:	E.S.E Hospital San Vicente de Paul de Fomeque.	HORA FIN:	

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN: DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	INDIGENA	AFRODESCENDIENTE	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	REINSERTADO(A)	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	GESTANTE	TELÉFONO	FIRMA	OBSERVACIONES
1	Martin Acosta	1013029677	10	M	chocachi	U																
2	Juana Aguas	1076807010	9	F	chocachi	U																
3	Sara Blanco	1068977330	9	F	Chocachi	U																
4	Antonio Castro	1014999795	10	M	Chocachi	U																
5	Emily Chacon	1122535816	10	F	Chocachi	U																
6	Emily Choque	1068977275	9	F	Chocachi	U																
7	Cristian Clavijo	1068977368	9	M	Chocachi	U																
8	Yaxieli Contreras	NUI 1068977368	10	M	Chocachi	U																
9	Juan Cotrino	1068977468	9	M	Chocachi	U																
10	Mathias Diaz	1068977425	9	M	Chocachi	U																
11	Laura Escudero	1068976762	9	F	Chocachi	U																
12	Salome Galeano	1068965334	9	F	Chocachi	U																Tareth Amparo Ayuda N.
13	Mª Jose Garcia	1068977459	9	F	Chocachi	U																

RESPONSABLE		GERENCIA	

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDOS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	
LUGAR:	Institucion Educativa Departamental Ignacio Rezador Choachi Cund.	HORA INICIO:	
DEPENDENCIA QUE COORDINA:	E.S.E Hospital San Vicente de Paul de Fómeque	HORA FIN:	

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN																	
							DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GENERO	INDIGENA	AFRODESCENDIENTE	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	REINTEGRADO(A)	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	GESTANTE	LACTANTE	INDIGENTE	ADULTO MAYOR	FIRMA	
1	Samuel Gonzalez	1023086267	10	M	Choachi	U																		
2	Genesis Jiménez	1115462522	10	F	Choachi	U																		
3	Kaori Kajino	1019915640	10	F	Choachi	U																		
4	Daniel Jara	1030696504	9	M	Choachi	U																		
5	Eryth Lopez	1070488497	9	M	Choachi	U																		
6	Mª José Martínez	1013359827	9	F	Choachi	U																		
7	Salome Martínez	1068977486	9	F	Choachi	U																		
8	Cristian Moreno	1065919030	9	M	Choachi	U																		
9	Damian Nova	1068977397	9	M	Choachi	U																		
10	Emanuel Nova	1068977444	9	M	Choachi	U																		
11	Joan Ortiz	1011252186	10	M	Choachi	U																		
12	Sharit Palacios	1070487137	10	F	Choachi	U																		
13	Ana Pardo	1068977461	9	F	Choachi	U																		

RESPONSABLE		GERENCIA	

Tandh Amparo Oijuela R

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	
LUGAR:	Institucion Educativa Departamental Ignacio Pescador Chocachi Cund.	HORA INICIO:	
DEPENDENCIA QUE COORDINA:	E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Fómeque	HORA FIN:	

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN: DESPLAZADO	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GENERO	INDIGENA	AFRO COLOMBIANO	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	DESPLAZADO	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	DISCAPACIDAD	TELEFONO	FIRMA	HUELLA
1	107163- Isabella A.	1071631675	10	F	Chocachi	U.																
2	Salome Argueta	1068976501	10	F	Chocachi	U																
3	Camila Aya	1068976559	10	F	Chocachi	U.																
4	Daniela Bonilla	1068976354	11	F	Chocachi	U.																
5	Nicolas Bonilla	1025536417	10	M	Chocachi	U.																
6	Steven Cabezas	1068976865	9	M	Chocachi	U																
7	Esteban Cayceda	1068976269	11	M	Chocachi	U																
8	Valeska Celis	1058300839	10	F	Chocachi	U.																
9	Samuel Clavijo	1068976790	9	M	Chocachi	U.																
10	Juan Garcia	1028405192	12	M	Chocachi	U.																
11	Emy Gutierrez	1220221321	9	F	Chocachi	U.																
12	Alejandra H.	1149132602	10	F	Chocachi	U.																
13	Angel Hurtado	1016099018	10	M	Chocachi	U.																

RESPONSABLE		GERENCIA	

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 3215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	
LUGAR:	Institucion Educativa Departamental Ignacio Rescader Chocachi Cons	HORA INICIO:	
DEPENDENCIA QUE COORDINA:	E.S.E Hospital San Vicente de Paul de Fomeque	HORA FIN:	

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbana	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN: DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GENERO	INDIGENA	AFRO COLOMBIANO	SALUD PALENQUERO	ROM	RETORNADO(A)	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	AMBIENTE	VEJEZ	DESPLAZADO	FIRMA	FIRMA
1	Sofia Moreno	1068976845	9	F	Chocachi	Urbano															
2	Gabriela Molano	1068976781	10	F	Chocachi	Urbano															
3	Valeria Mora	1068976690	10	F	Chocachi	Urbano															
4	Oscar Mora	1068976663	10	M	Chocachi	Urbano															
5	Jarol Moyoeva	1122532341	9	M	Chocachi	Urbano															
6	Isabella Orjuela	1068976020	9	F	Chocachi	Urbano															
7	Dayana Ospina	1028790450	11	F	Chocachi	Urbano															
8	Ana Palomares	1221726512	9	F	Chocachi	Urbano															
9	Daniana Prada	3789503807	12	F	Chocachi	Urbano															
10	Safira Quezada	1123987775	10	F	Chocachi	Urbano															
11	Alexander Quintero	26980000	9	M	Chocachi	Urbano															
12	Sasha Quintero	31310000	10	F	Chocachi	Urbano															
13	Jair Rey	1068976958	9	M	Chocachi	Urbano															

RESPONSABLE		GERENCIA	

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**30/10/2025**

INFORMACIÓN GENERAL

Medio de Asistencia Técnica:

☑ Campo ☐ Virtual ☐ Oficina

DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD

DIRECCIÓN O ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR

Nombres y apellidos: Mayra Lucía Martínez Hernández	Cargo: Bacterióloga
Correo electrónico institucional:labfomeque@gmail.com	Teléfono: 3144151240

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)

Grupo de interés asistido: Población participante en la movilización de la jornada de cáncer seno del municipio.

Nombre del beneficiario: PIC municipal, PIC departamental, EBS	Correo electrónico

Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Choachí Cundinamarca.

Número total de beneficiarios: 40.

TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)

OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecer la implementación de las acciones de vigilancia, prevención, diagnóstico oportuno, atención integral y seguimiento de la Enfermedad de Chagas en el municipio de Choachí, mediante la asesoría técnica en el proceso de toma de muestras, análisis y reporte de resultados, la articulación intersectorial y la mejora continua del sistema de vigilancia, conforme a los lineamientos del Programa Departamental de ETV y Zoonosis.

ACTIVIDADES REALIZADAS

En articulación con el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) a nivel municipal y departamental, así como con los Equipos Básicos en Salud (EBS), se participó en la jornada de movilización social en el marco de la conmemoración del cáncer de seno, llevada a cabo en el parque principal del municipio de Choachí.

Durante la actividad, el Programa Departamental de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis instaló un stand informativo, en el contexto de las acciones del Plan de Interrupción de la Transmisión Intradomiciliaria de la Enfermedad de Chagas.

El espacio permitió realizar acciones de vigilancia en conjunto con el equipo ejecutor de los municipios de Fómeque, Choachí y Ubaque, fortaleciendo el trabajo interinstitucional en salud pública.

Se contó con la participación de los siguientes integrantes del programa:

- Julián Arrieta, Técnico Auxiliar
- Daniela Escobar, Psicóloga
- Bibiana Rodríguez, Auxiliar de Enfermería – Choachí
- Natalia Méndez, Auxiliar Técnico de ETV
- Natali Castillo, Trabajadora Social
- Ana María Romero, Técnico de ETV
- Daniela Gamboa, Coordinadora del Centro de Salud de Choachí

Cada integrante del equipo realizó una intervención ante los asistentes, exponiendo su rol dentro del programa y socializando los objetivos de las estrategias en ejecución. Asimismo, se llevaron a cabo intervenciones individuales con la comunidad, orientando a las personas de acuerdo con sus necesidades específicas y promoviendo la articulación entre los diferentes perfiles profesionales.

Durante la jornada, se difundieron los lineamientos técnicos y estratégicos del Programa Departamental de ETV y Zoonosis, contribuyendo al fortalecimiento de la participación comunitaria y la articulación interinstitucional en las acciones de salud pública del territorio.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☑ SI ☐ NO

- Se fortaleció la articulación entre el Programa Departamental de ETV y Zoonosis, el PIC municipal y Departamental y los Equipos Básicos en Salud.
- La comunidad demostró interés en conocer sobre la enfermedad de Chagas y sus medidas preventivas.
- La jornada permitió visibilizar el trabajo desarrollado por el Programa Departamental de ETV y Zoonosis, promoviendo la educación en salud, la detección oportuna de riesgos, y la consolidación de alianzas con los diferentes actores del sistema local y departamental.

Se Anexa planilla de asistencia

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 01
EVENTO: MOVILIZACIÓN CÁNCER DE SENO

LUGAR: PARQUE PRINCIPAL DE CHOACHI

FOTO N° 1
Fecha de toma (30/10/2025):

PROVINCIA: CHOACHI CUNDINAMARCA





Observaciones:

Fortalecer la implementación de las acciones de vigilancia, prevención, diagnóstico oportuno, atención integral y seguimiento de la Enfermedad de Chagas en el municipio de Choachí.

Jornada Cancer

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	
LUGAR:		HORA INICIO:	
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN: DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	REINTEGRADO(A)	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	SISBEN	TELÉFONO	E-MAIL	FIRMA
1	Ana Maria Romero	1071631722	27	F	Fomeque	Urbano														3229445144	anaromero@gmail.com	Ana Maria R
2	NATALY CASTILLO	1013630866	34	F	Ubaque	URBANO														3123119558	Kenb12678@gmail.com	
3	Angie Natalia M	1071631670	28	F	Ubaque	URBANO														3137616499	natalymendez2023@gmail.com	Natalia Méndez
4	Daniela Escobar	1020824757	28	F	Fómeque	Urbano	X													3133334291	—	
5	Julian Arreta	1071961576	26	M	Fomeque	Urbano														3103330300	—	
6	Maitha B Rodriguez	20.384.826	42	F	Choachi	Urbano														3152470810		Maitha B. Rodriguez
7	Monica A. Gomez	1068972234	27	F	Choachi	urbano														3219351890	monicagomez1416@gmail.com	Monica G.
8	Mayra Martinez	1071628669	38	F	Fomeq	Urbano														3144151240	malomartin@hotmail.com	mayra M.
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						

RESPONSABLE		GERENCIA	

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co.

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**02/11/2025**

INFORMACIÓN GENERAL

Medio de Asistencia Técnica:

☑ Campo ☐ Virtual ☐ Oficina

DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD

DIRECCIÓN O ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR

Nombres y apellidos: Mayra Lucía Martínez Hernández	Cargo: Bacterióloga
Correo electrónico institucional: labfomeque@gmail.com	Teléfono: 3144151240

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)

Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro)

Nombre del beneficiario: Población beneficiaria del programa de Renta Ciudadana.	Correo electrónico

Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Fómeque Cundinamarca.

Número total de beneficiarios: 60

TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)

OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Brindar acompañamiento técnico y fortalecer las acciones intersectoriales de vigilancia, prevención y control de la Enfermedad de Chagas en el marco del plan de interrupción de la transmisión intradomiciliaria por *Rhodnius prolixus*, mediante el desarrollo de una jornada de sensibilización y tamizaje dirigida a población beneficiaria del subsidio monetario.

ACTIVIDADES REALIZADAS

En articulación con la Secretaría de Desarrollo Social de la Alcaldía Municipal y los Equipos Básicos en Salud, se llevó a cabo una jornada de sensibilización y tamizaje dirigida a la población beneficiaria del programa Renta Ciudadana del municipio de Fómeque.

La jornada inició con la intervención de la señora María Pinzón, representante de la secretaria de Desarrollo Social, quien dio apertura al evento destacando la importancia de la participación comunitaria en los procesos de salud pública.

Posteriormente, los participantes fueron organizados en grupos según su condición poblacional (adultos mayores, madres cabeza de hogar y niños), desarrollándose diferentes talleres educativos a cargo del equipo de ETV y Zoonosis, en el marco del Plan de Interrupción de la Transmisión Intra-Domiciliaria de la Enfermedad de Chagas.

Durante la actividad, el equipo ejecutor municipal, conformado por Julián Arrieta (Técnico Auxiliar), Daniela Escobar (Psicóloga) y Lorena Varela (Auxiliar de Enfermería), realizó intervenciones informativas, explicando su rol dentro del programa y fortaleciendo sus capacidades técnicas en acciones de vigilancia y educación comunitaria.

Se llevó a cabo un sondeo participativo sobre el conocimiento de la comunidad respecto a la Enfermedad de Chagas, el tipo de vivienda, los materiales de construcción, la convivencia con animales y otros factores de riesgo asociados.

Posteriormente, se realizó una sensibilización general en la que se abordaron los siguientes temas:

- Importancia del programa de ETV y su impacto en la salud pública del municipio.
- Características del vector Rhodnius prolixus (“pito”) y su papel en la transmisión de la enfermedad.
- Medidas preventivas y pasos a seguir en caso de encontrar el vector en el domicilio.

Finalmente, se efectuó la toma de muestras a mujeres y niños que dieron su consentimiento para participar en el proceso de tamizaje serológico para Chagas, asegurando el cumplimiento de los protocolos de la fase pre-analítica.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☑ SI ☐ NO

Observaciones:

- Se fortalecieron las capacidades del equipo ejecutor municipal en acciones de vigilancia y educación comunitaria en ETV.
- Se logró la participación activa de la comunidad priorizada, favoreciendo la identificación de factores de riesgo en las viviendas.
- Se reafirmó el compromiso institucional en la implementación de los protocolos nacionales de atención integral en ETV.

Se Anexa planilla de asistencia

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 2
EVENTO: Tamizaje beneficiarios programa Renta Ciudadana. **LUGAR:** Salón parroquial.

FOTO N° 1 de 3 **PROVINCIA:** Fómeque Cundinamarca
Fecha de toma (02/11/2025):



Observaciones:

Se realizó y capacitó en las acciones de vigilancia con el equipo ejecutor del municipio, garantizando la implementación adecuada y oportuna de los protocolos de atención integral al paciente según los lineamientos nacionales para las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV).

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 2
EVENTO: Tamizaje beneficiarios programa Renta Ciudadana

LUGAR: Salón parroquial

FOTO N° 2 de 3
Fecha de toma (02/11/2025):

PROVINCIA: Fómeque Cundinamarca



Observaciones:

Se realizó y capacitó en las acciones de vigilancia con el equipo ejecutor del municipio, garantizando la implementación adecuada y oportuna de los protocolos de atención integral al paciente según los lineamientos nacionales para las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV).

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 1
EVENTO: Tamizaje beneficiarios programa Renta Ciudadana **LUGAR:**Salón parroquial

FOTO N° 3 de 3 **PROVINCIA:** Fómeque Cundinamarca
Fecha de toma (02/11/2025):



Observaciones:

Se realizó y capacitó en las acciones de vigilancia con el equipo ejecutor del municipio, garantizando la implementación adecuada y oportuna de los protocolos de atención integral al paciente según los lineamientos nacionales para las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV).

NUESTRO SERVICIO ES PENSANDO EN USTED

San Vicente de Paúl

Gobernación de Cundinamarca

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	
LUGAR:		HORA INICIO:	
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN: DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GENERO	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	REINTEGRADO(A)	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	SISBEN	TELEFONO	E-MAIL	FIRMA
1	Amanda Ulloa M	1075230788	38	F	Fómeque	Notengo														3232324188	amanda.ulloa1988@gmail.	
2	Angelica Alvarez	1126127209	29	F	Fómeque	Resguardo														3212413823	— o —	
3	Jenny Paola Velasquez	1071630565	31	F	Fómeq	centro.														3028190314	— o —	Jenny velasquez
4	Juana Coellar	1071628667	38	F	fómeq	Resguardo														3123331162	— o —	Johana Coella
5	Lorena Forero	1086512[illegible]6	31	F	Fómeq	centro														3114068271	— o —	Lorena Forero C.
6	Luz Ayda Lara	1071628563	37	F	fómeq	la mongavita														3112054367	— o —	
7	Luz Marina Agudelo	1073648780	23	F	fome.	Sumbarito														3137197005	— o —	Luz Marina A-V
8	Yody Rodriguez	1071628858	37	F	fomeq	Rionegro.														3143239619	— o —	Yody Rodriguez
9	Lorena Rodriguez	1071631257	29	F	fomeq	Cooperista.														3228542556	— o —	Lorena Rodriguez.
10	Ansic Ramos	1071631757	27	F	Fomeque	El porvenir														3092949835	ansicdaniela ramos ago.16@gmail.com	Ansic Ramos
11	Luz Dary León	1071630491	32	F	fomeq	Chinia														3219937516	luzdary224p@gmail.com	Luz DARY LEON
12	Carolina Sanchez	1071631036	30	F	fomq	Gramal														3203827641	— o —	
13	Andrea Cortes	1073863308	20	F	Fomeque	U														3124769876	— o —	Andrea C.

RESPONSABLE		GERENCIA	

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	**FECHA**	
LUGAR:		**HORA INICIO:**	
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		**HORA FIN:**	

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN: DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	REINTEGRADO(A)	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	SISBEN	TELÉFONO	E-MAIL	FIRMA
1	Dominick Perez	1080438213	11 año	Masculino	Fomeque	Urbano														3219902643		
2	Kaven Kimberly Avila	1003619038	28años	Femenil	fomeq	lavadero														3143202943		
3	Blanca Herrera	39732670	40cm	F	fomeque	Reberegual														3133306738		
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						

RESPONSABLE		**GERENCIA**	

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co.

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**05/11/2025**

INFORMACIÓN GENERAL

Medio de Asistencia Técnica:

☑Campo ☑Virtual ☐Oficina

DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD

DIRECCIÓN O ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR

Nombres y apellidos: Mayra Lucía Martínez Hernández	Cargo: Bacterióloga
Correo electrónico institucional:labfomeque@gmail.com	Teléfono: 3144151240

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO
(Solicitante o uno de los beneficiarios)

Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro)	
Nombre del beneficiario: Grupo ETV y Zoonosis	Correo electrónico
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Virtual	
Número total de beneficiarios: 9	

TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)

OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca con enfoque en la mejora en la ejecución del programa en el municipio de Ubaque.

ACTIVIDADES REALIZADAS

En cumplimiento de las acciones programadas para el fortalecimiento del Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis, se llevó a cabo una reunión virtual con el grupo ejecutor de los municipios de Choachí, Ubaque y Fómeque.

El objetivo de esta asistencia fue brindar y reforzar la orientación técnica al grupo ejecutor sobre los protocolos y lineamientos del programa de ETV y Zoonosis, con énfasis en la enfermedad de Chagas, así como definir estrategias que permitan mejorar la ejecución del programa en el municipio de Ubaque.

Durante la reunión se analizaron las condiciones actuales de ejecución del programa, encontrándose las siguientes problemáticas en el municipio de Ubaque:

1. Barreras para el desarrollo de talleres comunitarios y dificultades para garantizar la

asistencia de la población.

2. Baja participación en las jornadas de tamizaje, afectando el cumplimiento de las metas del programa.
3. Falta de articulación interna entre las funcionarias clave del programa en el municipio:
    - Trabajadora Social: Nataly Castillo
    - Auxiliar de ETV: Natalia Méndez
    - Auxiliar de Salud: Marcela Herrera
4. Escasa coordinación con los Equipos Básicos en Salud (EBS), lo que limita la planificación conjunta y la capacidad de convocatoria.
5. Participación mínima de la comunidad en las jornadas convocadas por la alcaldía, evidenciando baja difusión y limitada movilización social.

Con el fin de mejorar los resultados del programa en Ubaque, se definieron las siguientes acciones:

1. Realizar una reunión de articulación entre:
    - Grupo ejecutor del Programa de ETV y Zoonosis
    - PIC municipal
    - Equipos Básicos en Salud

El objetivo será acordar acciones conjuntas, priorizar veredas con mayores necesidades y planificar jornadas de salud integrales.

2. Organizar jornadas comunitarias integradas, incluyendo:
    - Tamizaje para Chagas.
    - Jornadas de vacunación.
    - Actividades educativas sobre ETV y Zoonosis.
    - Acciones de prevención y control del vector.
3. Fortalecer la articulación interna entre las funcionarias del municipio para optimizar la gestión territorial y garantizar una planificación conjunta de las actividades.
4. Mejorar la convocatoria comunitaria mediante apoyo interinstitucional, participación del PIC y acompañamiento de los EBS.

El equipo de supervisión recordó al grupo ejecutor:

- El rol y responsabilidades específicas de cada perfil dentro del programa.
- La importancia de mantener el enfoque técnico en ETV y Zoonosis, con especial atención a la estrategia de control y diagnóstico oportuno de Chagas.
- La necesidad del compromiso y apoyo de todo el equipo ante las convocatorias realizadas para el desarrollo de las actividades en el municipio de Ubaque.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☑SI ☐NO

Observaciones:

La asistencia técnica permitió identificar barreras en la ejecución del programa en el municipio de Ubaque y establecer acciones intersectoriales y operativas que permitirán mejorar la cobertura, fortalecer la articulación y optimizar la participación comunitaria. El seguimiento a los acuerdos será fundamental para garantizar el cumplimiento de los objetivos del programa de ETV y Zoonosis con enfoque en Chagas

Se Anexa planilla de asistencia

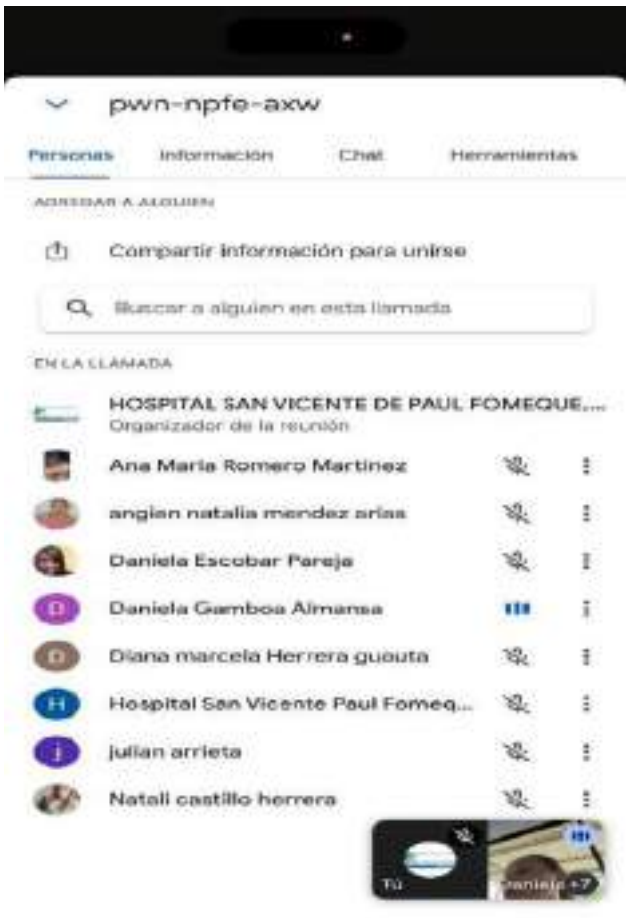
Gobernación de Cundinamarca

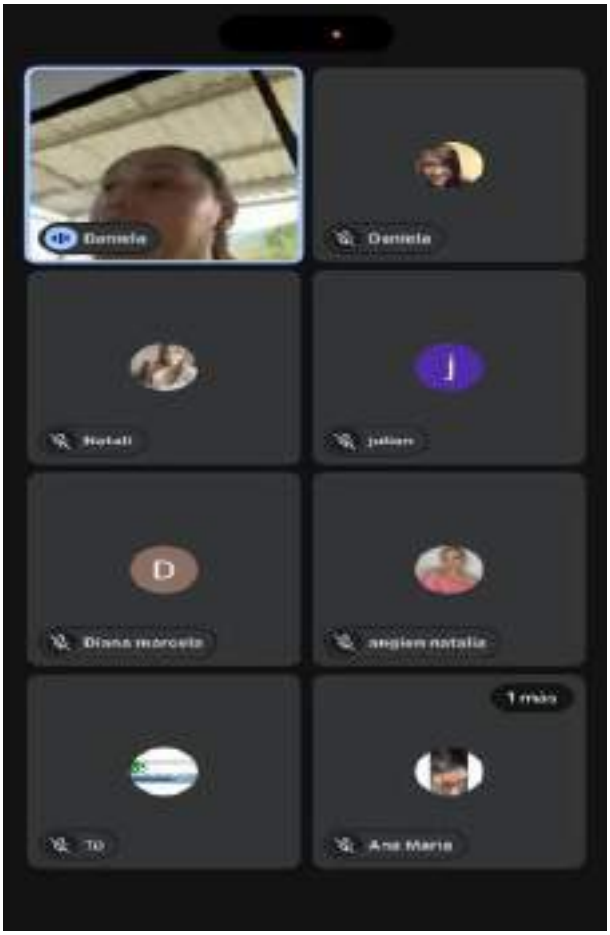
FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 5 **LUGAR:** Virtual

EVENTO: Asistencia de refuerzo lineamientos ETV y Zoonosis.

FOTO N° 1 **PROVINCIA:** Ubaque Cundinamarca
Fecha de toma (05/11/2025):





Observaciones:

NUESTRO SERVICIO ES PENSANDO EN USTED

San Vicente de Paúl
FOMEQUE

Gobernación de Cundinamarca

LA SUBGERERENCIA CIENTIFICA EN CALIDAD DE SUPERVISORA DE LA CONCURRENCIA DE CHAGAS

CERTIFICA QUE:

En los municipios de Fomeque, Choachí y Ubaque, se llevan a cabo las acciones de la concurrencia de CHAGAS, donde se evidencia la actividad de:

"Apoyar semanalmente la búsqueda de casos de ETV y zoonosis, reportados en las instituciones prestadoras de servicios de salud y/o IPS del municipio asignado"

Durante la ejecución de la tercera entrega, no se obtuvo solicitud por parte de la secretaria de Salud de Cundinamarca para la realización de esta actividad.

Dada a los quince (15) días del mes de noviembre 2025.

DANIELA GAMBOA ALMANSA
Coordinadora salud pública HSVPF

Mayra Martinez
MAYRA LUCIA MARTÍNEZ
Coordinadora concurrencia Chagas

	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
Gobernación de Cundinamarca		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

OBJETIVO DE LA REUNION:	FECHA:	ACTA No.
CAPACITACION	11/11/2025	03

LUGAR:	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
CENTRO DE SALUD MUNICIPAL UBAQUE	4:00 PM	5:00 PM

ORDEN DEL DÍA

- bienvenida y cordial saludo
- presentación de la concurrencia de Chagas
- sugerencias
- actividad lluvia de ideas

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

OBJETIVO

“Realizar capacitación al talento humano de Hospitales y municipios sobre la prevención y el manejo de las enfermedades de Chagas, a través de campañas de movilización social Inter barrios, ferias de servicios, entre otras, la cuales serán concertadas con las autoridades municipales”.

METODOLOGÍA

Se incrementa la participación de centro de salud del municipio de ubaque Cundinamarca, a través de la capacitación de la enfermedad de Chagas, con el enfoque de prevención y promoción de ETV y zoonosis, el taller se desarrolla con base a una cartilla dinámica donde enfoca una breve explicación sobre realizar jornadas de limpieza a los hogares de la comunidad participante del taller.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Se realiza el taller el día 11 de noviembre del presente año, a las 4:00pm dicho encuentro se realizó dentro del centro de salud, con los equipos de salud que presta los servicios en el lugar, donde participaron 17 personas, inicialmente se dio la bienvenida y la presentación, donde la trabajadora social se presentó les informo el objetivo de la actividad, donde se les comunico que se estaba realizando junto a la gobernación y el hospital de fomeque un proyecto llamado concurrencia de Chagas en el cual estaban trabajando varios profesionales con funciones diferente, se les conto la finalidad de la trabajadora social

en el espacio y lo que iba hacer con ellos en la jornada de la actividad, se realizó una explicación sobre ETV Y ZOONOSIS y se realizó capacitación sobre la enfermedad de Chagas. A través de una cartilla dinámica donde se obtiene la información clara y precisa para que el participante tenga en cuenta y puedan entender mejor el tema. A continuación, se presenta las cartillas dinámicas.

A cada persona se entrega un volante con información de la enfermedad de Chagas



Cartilla educativa de zoonosis

se explicó los siguientes temas:

CHAGAS SE EXPLICA SOBRE LOS SIGUIENTES TEMAS:

- ❖ Que es la enfermedad de Chagas
- ❖ Presentación del vector
- ❖ Como se transmite la enfermedad
- ❖ Donde pueden encontrar la enfermedad
- ❖ Síntomas
- ❖ Prevención de la enfermedad



Al finalizar se le indico que deben hacer en caso de encontrar un paciente con la posible enfermedad y además si llegan a encontrar el vector, se indica que inmediatamente por cualquier caso deben comunicarse con la concurrencia de Chagas.

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	11 - NOVIEMBRE - 2025
LUGA	UBAQUE CAPACITACIÓN CENTRO DE SALUD.	HORA INICIO:	4:00 pm
DEPENDENCIA QUE COORDINA:	COMISARIA DE FAMILIA	HORA FIN:	5:00 pm

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN														TELEFONO	EMAIL	FIRMA
							DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VULNERABILIDAD MANIFIESTA	ADULTO MAYOR	AFRODESCENDIENTE	INDIGENA	ROM	DESPLAZADO	RECIBE SUBSIDIO	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	VARON				
1	Cacu Buquen	1002076123	29	Femenino	Ubaque																3149424747		
2	Rocio Rincon	1076302281	32	Femenino	Ubaque																3198[illegible]		
3	Marcela Vega	1026563593	35	Femenino	Ubaque																3024345[illegible]		
4	Adriana Melissa Rincon	1069876923	27	Femenino	UBAQUE																3220108[illegible]		
5	Jenny Dayda Cano	1076311133	29	Femenino	UBAQUE																3107831432		
6	Lewis Galeano	1007382457	36	Femenino	UBAQUE																3185631337		
7	Helbert Rincón	7076000454 37		Masculino	Ubaque																3176987[illegible]		
8	Milena Rodriguez	1007[illegible]590	22	Femenino	Ubaque																3[illegible]3522		
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							

RESPONSABLE	TS Narali Castillo herrera.	GERENCIA	

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 3

LUGAR: centro de salud ubaque

EVENTO: capacitación

FOTO N° 5 de 5

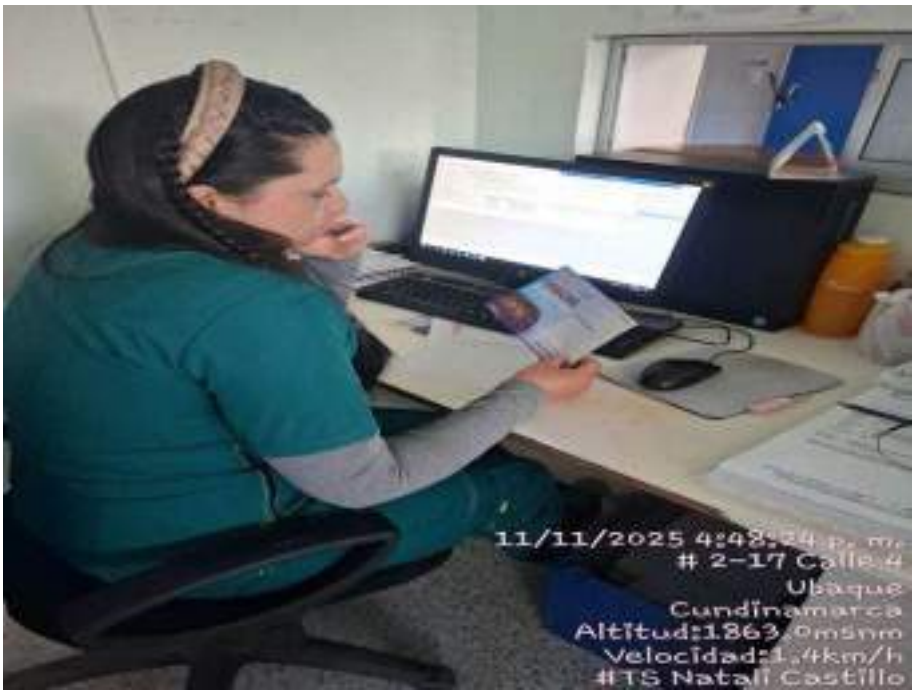
PROVINCIA: oriente

Fecha de toma (11/11/2025):



FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS









Observaciones:

_____
_____
_____.

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**12 DE NOVIBRE DEL 2025**

INFORMACIÓN GENERAL	
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina	
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR	
Nombres y apellidos: KEYDY NATALI CASTILLO HERRERA	Cargo: TRABAJADORA SOCIAL
Correo electrónico institucional: keidi267@gmail.com	Teléfono: 3123119550
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)	
Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro) Cartografía social	
Nombre del beneficiario: presidente de junta y acompañantes	Correo electrónico
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: ubaque Cundinamarca	
Número total de beneficiarios: 5 personas	
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)	
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca "Realizar diagnóstico social con su cartografía social, seguimiento mensual y evaluación final de los municipios asignados por la concurrencia, realizando articulación y socialización con autoridades locales y/o con la comunidad de barrio y/o vereda determinado e intervenido, teniendo en cuenta las acciones del plan de interrupción de la transmisión intradomiciliaria de Enfermedad de Chagas por Rhodnius prolixus, la cual facilite el análisis de la situación de cada uno de los municipios inmersos en la concurrencia"	

ACTIVIDADES REALIZADAS

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Chagas, causada por el parásito *Trypanosoma cruzi* y transmitida principalmente por vectores triatominos (conocidos como "pitos"), representa un problema de salud pública en varias regiones de Colombia, incluyendo el departamento de Cundinamarca.
Este informe presenta la propuesta de una actividad de cartografía social que se realizara en la vereda Ganco del municipio de Ubaque, con el objetivo de identificar los factores sociales, ambientales y culturales asociados con la presencia y percepción del Chagas, y así contribuir a estrategias integrales de prevención y control. En primer lugar, durante la primera fase se realizó el primer encuentro con el presidente de juntas.

METODOLOGIA DEL ENCUENTRO

Se realiza el desarrollo de las dos fases el día 12 de noviembre a las 11:00 am en la vereda de ganco en la escuela, con los integrantes lideres de la comunidad con el fin de realizar la explicación de la concurrencia de Chagas y para realizar el avance de la cartografía social para este encuentre como Metodología para la explicación de la Enfermedad de Chagas se hace mediante una cartilla educativa en la vereda y el desarrollo de la cartografía social identificando lo siguiente:

La fase se desarrolla con el avance de la cartografía social donde los lideres deberán identificar dentro del mapa algunos ítem que va aportar a desarrollar adecuadamente la actividad.

La actividad de **cartografía social** se llevó a cabo en la vereda de Ganco con el objetivo de recopilar información comunitaria y ambiental que permitiera conocer las condiciones de vida de sus habitantes y los factores de riesgo relacionados con la enfermedad de Chagas.

Durante el proceso se realizó un **recorrido y levantamiento de información participativo**, en el cual se identificaron los siguientes aspectos principales:

- **Número de viviendas en adobe** existentes en la vereda y su distribución. Aproximadamente 22 casas
- **Cantidad de perros y gatos**, con el fin de reconocer la presencia de posibles reservorios del vector. Aproximadamente mas de 100 mascotas

- **Número de ríos y fuentes hídricas**, junto con la ubicación de **tanques de reserva de agua**, para analizar las condiciones sanitarias. En la vereda se encuentra un rio y aproximadamente 99 tanques de reserva
- **Cantidad de galpones o corrales**, como espacios que pueden favorecer la presencia del vector. Aproximadamente 28
- **Número de mujeres gestantes** y **mujeres en edad fértil**, para orientar acciones de promoción y prevención en salud. Aproximadamente en la vereda hay 30% de mujeres en edad fértil y hasta la fecha de hoy no se encuentra ninguna en estado de embarazo
- **Población infantil** y **personas con discapacidad**, con el fin de identificar grupos vulnerables. En la vereda se encuentran aproximadamente 60 niños y 8 personas con discapacidad
- **Total, de familias residentes en la vereda** y **casos positivos de Chagas** detectados. Aproximadamente 99 familias en la vereda
- **Tipo de cocina utilizada**, especialmente aquellas que funcionan con **leña**, debido al impacto en la salud respiratoria y condiciones de vivienda. En la vereda todavía se encuentra un 60% cocinas en leña
- **Prácticas de almacenamiento de alimentos**, para reconocer hábitos de higiene y manejo doméstico. Según indica el presidente se han realizado capacitaciones para el manejo de alimentos.

Esta cartografía permitió construir una visión integral del territorio, fortaleciendo la participación comunitaria y sirviendo como base para la planificación de intervenciones en salud y saneamiento ambiental.

CONCLUSIONES

DOCUMENTO TECNICO Y DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA DE LA CARTOGRAFIA SOCIAL SOBRE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN EL MUNICIPIO DE UBAQUE EN LA VEREDA DE GANCO

PROFESIONAL

KEYDY NATALI CASTILLO HERRERA

TRABAJADORA SOCIAL

E.S.E HOPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE

GOBERNACION DE CUNDINAMARCA

UBAQUE CUNDINAMARCA

NOVIEMBRE 2025

DOCUMENTO TECNICO Y DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA DE LA CARTOGRAFIA SOCIAL SOBRE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN EL MUNICIPIO DE UBAQUE EN LA VEREDA DE GANCO

INFORME TÉCNICO

Avance fase 2 y 3

Cartografía Social de la Enfermedad de Chagas

Vereda Ganco, Municipio de Ubaque, Cundinamarca

UBAQUE CUNDINAMARCA

NOVIEMBRE 2025

INDICE

1.INTRODUCCION

2.PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

3.JUSTIFICACION

4.OBJETIVOS

4.1 objetivo general

4.2 objetivo especifico

5.DIAGNOSTICO SOCIAL

5.1Datos conocidos y contexto general

5.1.1Estatus de la enfermedad de Chagas en Colombia y Cundinamarca

5.1.2Transmisión, formas de diagnóstico y barreras reconocidas

5.1.3Intervenciones existentes

5.1.4Desafíos observados a nivel general

5.1.5Datos básicos demográficos

5.1.6 servicios de salud

5.1.7 Territorio, administración y gobernanza

5.1.8 Problemas potenciales, retos sociales

6.METODOLOGIA

6.1 Población participante

6.2 Instrumentos y técnicas

6.3 Fases

6.4 Posible estructura de Diagnóstico Social para Ganco

6.4.1Contexto

6.4.2 Epidemiología local
6.4.3 Infraestructura sanitaria
6.4.4 Socioeconomía y vivienda
6.4.5 Conocimiento, actitudes y prácticas
6.4.6 Intervenciones previas y actuales
6.4.7 Determinantes sociales
6.4.8Conclusiones y recomendaciones
6.4.9 características
7. DESARROLLO FASE 2 Y 3
8 BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Chagas, causada por el parásito *Trypanosoma cruzi* y transmitida principalmente por vectores triatominos (conocidos como "pitos"), representa un problema de salud pública en varias regiones de Colombia, incluyendo el departamento de Cundinamarca.

Este informe presenta la propuesta de una actividad de cartografía social que se realizara en la vereda Ganco del municipio de Ubaque, con el objetivo de identificar los factores sociales, ambientales y culturales asociados con la presencia y percepción del Chagas, y así contribuir a estrategias integrales de prevención y control.

2.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad de Chagas, causada por el parásito *Trypanosoma cruzi* y transmitida principalmente por vectores del género *Triatoma* (chinches conocidas como "pitos"), representa un problema de salud pública en varias zonas rurales de Colombia. Ubaque, municipio del departamento de Cundinamarca, presenta condiciones geográficas, sociales y ambientales que podrían favorecer la presencia del vector y la transmisión de la enfermedad, tales como viviendas construidas con materiales precarios, presencia de animales domésticos cerca de los hogares, y escaso acceso a información sobre prevención y diagnóstico.

A pesar de la relevancia de esta problemática, existe una limitada información localizada que permita identificar de forma precisa las áreas de mayor riesgo y las percepciones que tienen los habitantes sobre la enfermedad y sus condiciones de vida. La **cartografía social**, entendida como una herramienta participativa que permite a las comunidades mapear su territorio desde su propia visión, se presenta como una estrategia innovadora y pertinente para identificar riesgos, conocimientos, prácticas y relaciones sociales en torno a la enfermedad de Chagas.

El uso de la cartografía social en Ubaque específicamente en la vereda de Ganco, podría facilitar la construcción colectiva del conocimiento, visibilizar las zonas más vulnerables y permitir el diseño de estrategias de prevención más cercanas a las realidades locales. Sin embargo, hasta el momento no se ha desarrollado una intervención con enfoque de cartografía social que aborde esta problemática en el municipio sobre la enfermedad de Chagas y ETV y zoonosis se identificara lo siguiente:

¿en el municipio de ubaque Cundinamarca en la vereda de Ganco cuantos casos positivos se encuentran hasta el momento? ¿cuántas casas de adobe se encuentran en la vereda? ¿Cuántos galpones están funcionando? ¿Cuántos perros y gatos existen en la vereda?

3. JUSTIFICACION

La Enfermedad de Chagas, causada por el parásito *Trypanosoma cruzi* y transmitida principalmente por vectores triatominos, representa un problema de salud pública en diversas regiones de Colombia, especialmente en áreas rurales y semi-rurales con condiciones socioeconómicas vulnerables. El municipio de Ubaque, ubicado en el departamento de Cundinamarca, presenta características geográficas, ambientales y sociales que pueden favorecer la persistencia y transmisión del vector, así como condiciones de vulnerabilidad en la población frente a esta enfermedad.

En este contexto, la **cartografía social** se presenta como una herramienta participativa y territorial que permite visualizar, comprender y reflexionar colectivamente sobre las dinámicas sociales, ambientales y sanitarias relacionadas con la presencia y el impacto de la Enfermedad de Chagas en las comunidades locales. A través del trabajo directo con los actores sociales —habitantes, líderes comunitarios, personal de salud y autoridades locales— se busca recopilar saberes locales, experiencias cotidianas y percepciones del riesgo que no siempre son evidenciadas en estudios técnicos o clínicos tradicionales.

El uso de la cartografía social permite no solo identificar zonas de riesgo y factores asociados a la transmisión del Chagas en Ubaque, sino también fortalecer procesos de educación en salud, empoderamiento comunitario y formulación de estrategias de prevención y control adaptadas al contexto local. Además, propicia la articulación intersectorial e interdisciplinaria, y genera insumos fundamentales para la toma de decisiones informadas por parte de las instituciones de salud pública y desarrollo territorial.

Por tanto, esta iniciativa busca contribuir a una comprensión más integral del Chagas en el municipio de Ubaque, articulando el conocimiento técnico con el conocimiento popular, promoviendo la participación activa de la comunidad y fomentando una respuesta más efectiva, equitativa y sostenible frente a esta problemática de salud pública.

4.OBJETIVOS

4.1Objetivo general:

Realizar una cartografía social para reconocer las dinámicas territoriales Y comunitarias relacionadas con la presencia de la enfermedad de Chagas en la vereda Ganco, Ubaque.

4.2Objetivos específicos:

- Identificar zonas de riesgo por presencia del vector (triatomino).
- Reconocer saberes locales sobre la enfermedad y su transmisión.
- Promover la participación comunitaria en la prevención del Chagas.
- Mapear factores ambientales, sociales y de vivienda que favorecen la presencia del vector.
- Identificar dentro del mapeo la población con la enfermedad de Chagas, numero de NNA, mujeres gestantes, mujeres en edad fértil, población con discapacidad, número de mujeres y hombres de la vereda y numero de perros y gatos

5. DIAGNOSTICO SOCIAL

5.1 Datos conocidos y contexto general

5.1.1Estatus de la enfermedad de Chagas en Colombia y Cundinamarca

Chagas está presente en Colombia, con especial énfasis en departamentos como Cundinamarca. La consolidación de la prevención para detectar la enfermedad de Chagas en Colombia, haciendo que el diagnóstico se obligatorio ha permitido que se presente una reducción del 64,2 % de la letalidad de la enfermedad en las gestantes que viven o proceden de municipios con riego de contagio.

“Esta enfermedad presenta múltiples mecanismos de transmisión, entre ellos de las mujeres infectadas a sus hijos durante el embarazo, para lo cual es importante la detección oportuna en las mujeres en edad fértil (15 a 49 años), en las mujeres embarazadas y en los hijos de ellas, con el objetivo de iniciar tratamiento oportunamente y evitar las consecuencias”, afirmó Iván Cárdenas, subdirector (e) de Enfermedades Transmisibles del Ministerio de Salud y Protección Social.

Agregó que es obligatorio el diagnóstico a través de una muestra de sangre a todas las embarazadas que viven o proceden de áreas a riesgo (596 municipios), procedimiento que se debe realizar durante su primer control prenatal, el cual es gratuito y no requiere del traslado de la mujer a otras ciudades para la toma de la muestra.

“El procedimiento incluye una asesoría a la mujer, la entrega de sus resultados, el diagnóstico de su hijo al nacer y un seguimiento durante los primeros 10 meses de vida, el tratamiento correspondiente tanto a la mama como al hijo y la atención colectiva de su familia en búsqueda de otros casos”, explicó Cárdenas.

Situación nacional

La enfermedad afecta en Colombia más de 5 millones de personas, especialmente de la región de la Orinoquia, Amazonia, los Santanderes, Cesar, Tolima, Boyacá, Cundinamarca

y la Sierra Nevada de Santa Marta, estimando que existen alrededor de 131 mil personas con afectación en su corazón por esta enfermedad.

“Colombia presenta grandes avances en el control de la transmisión de la enfermedad de chagas por los pitos o triatominos y por las transfusiones sanguíneas; sin embargo, debemos acelerar las acciones para lograr la eliminación como problema de salud pública de la transmisión congénita, ello incluye el diagnóstico de aproximadamente 340.000 gestantes cada año”, indicó Cárdenas.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha certificado la interrupción de la transmisión por la especie de pitos R ptrolixus en 66 municipios de 7 departamentos y desde 2005 se ha logrado el tamizaje de todas las unidades de sangre donadas y su control para evitar ser usadas en transfusiones.

Para continuar con las acciones de prevención, el Ministerio de salud y Protección Social está realizando el seminario taller de enfermedad de chagas congénito con el apoyo de la Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (DNDi, acrónimo de Drugs for Neglected Diseases initiative) DNDi y la Gobernación de Cundinamarca, para fortalecer las capacidades del talento humano en salud.

En Cundinamarca, hay varios municipios priorizados para el control y para la certificación de interrupción de la transmisión vectorial. Ubaque es uno de ellos

- Este programa hace parte de la Estrategia Departamental de Enfermedades transmitidas por vectores (ETV) y Zoonosis.
- Las acciones comprenden un trabajo intersectorial con las autoridades y las comunidades de los municipios priorizados.

La Secretaría Departamental de Salud emprendió un proceso de certificación nacional e internacional de siete municipios, en desarrollo del Plan Departamental de interrupción de la transmisión de la Enfermedad de Chagas, con asistencia y acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social.

Los municipios priorizados son Choachí, Fómeque, Ubaque, Nilo, Nariño, Medina y Paratebueno, debido a la presencia del insecto Trypanosoma cruzi, conocido

popularmente como pito o chinche, así como por el registro histórico de casos de la enfermedad.

En estos municipios se fortalecerá la articulación y asistencia técnica de la Secretaría con los alcaldes y sus equipos. También habrá un acompañamiento encaminado a mejorar las acciones de prevención entre los líderes sociales y las comunidades, con el objetivo de verificar y fortalecer las acciones implementadas y

así lograr la certificación de municipios con interrupción de la transmisión de la enfermedad.

El plan departamental de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y zoonosis ha incluido fortalecer acciones en prevención, vigilancia, control vectorial y la participación comunitaria

5.1.2Transmisión, formas de diagnóstico y barreras reconocidas

- Transmisión vectorial (a través de triatominos llamados “pitos” o chinches) es una de las vías principales, también la congénita (madre a hijo).
- Diagnóstico tardío es un problema, especialmente en zonas rurales, donde viviendas pueden tener techos o paredes que favorecen la presencia del vector.
- Se está fortaleciendo la vigilancia por laboratorio, con muestreo, pruebas serológicas y vigilancia epidemiológica para detectar casos agudos y crónicos

5.1.3Intervenciones existentes

- Programas de certificación de municipios con interrupción de transmisión vectorial.
- Tamizaje obligatorio a gestantes de municipios con riesgo para enfermedad de Chagas.
- proyectos nacionales/internacionales como *Cuida Chagas* para mejorar diagnóstico, tratamiento, y atención materno-perinatal.

5.1.4Desafíos observados a nivel general

- Bajo conocimiento o conciencia en algunas comunidades rurales acerca del vector, de los síntomas tempranos, y de la necesidad de un diagnóstico precoz.
- Dificultades logísticas para acceder al diagnóstico (laboratorios, transporte, demora en resultados).
- Viviendas con condiciones que favorecen la presencia de vectores.
- Estigma o invisibilidad de la enfermedad (asintomática por largo tiempo).

5.1.5Datos básicos demográficos

- Ubaque tiene una población proyectada para 2025 de aproximadamente **8.231 habitantes**, con una distribución de 3.920 mujeres 47,6 % y 4.311 hombres (52,4 %).
- La población menor de 12 años es de 1.299 personas 15,8 % del total
- Los mayores de 60 años aproximan las **1.884 personas**, lo que equivale a cerca del 22,9 % de la población proyectada en 2025.

5.1.6 servicios de salud

- El municipio cuenta con un **Centro de Salud Ubaque**, una Institución Prestadora de Salud (IPS de naturaleza pública - E.S.E.), Nivel 1, que brinda servicios básicos como consulta general, vacunación, salud bucal, obstetricia, entre otros.
- El horario de atención del centro de salud incluye días de la semana con atención continua, y se ofrecen especialidades de complejidad baja

5.1.7 Territorio, administración y gobernanza

El municipio forma parte de la provincia oriental de Cundinamarca.

5.1.8 Problemas potenciales, retos sociales

Basado en los datos que se tienen, estos son algunos retos o áreas que podrían requerir atención:

- **Envejecimiento poblacional**: Un porcentaje alto de población de adultos mayores requiere políticas específicas en salud, pensiones, servicios sociales, atención domiciliaria, etc.
- **Servicios de salud limitada a nivel de complejidad**: El centro de salud es de nivel bajo en complejidad, lo que significa que casos más graves requieren ser derivados fuera del municipio, lo cual puede implicar barreras en acceso físico, económico y de tiempos.
- **Infraestructura catastral e institucional**: La gestión catastral es reciente, lo que puede generar retos de actualización, cobertura, claridad en la titulación, etc.
- **Equilibrio urbano-rural**: Aunque no se tienen todos los datos, municipios como Ubaque tienen zonas rurales dispersas, lo cual suele implicar retos mayores en acceso a servicios, transporte, conectividad, educación, etc.

6. METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Investigación participativa – Cartografía Social

6.1 Población participante:

- 5 habitantes de la vereda Ganco, incluyendo líderes comunitarios, personal de salud y residentes de viviendas rurales.

6.2 Instrumentos y técnicas:

- Taller participativo de cartografía social (1 hora) por sección, total de secciones dividido en 5 fases, una por cada sección, por la totalidad de la ejecución del contrato del año 2025.
- Encuentros grupales con la población participantes donde se dividen en 5 encuentros en total y ejecución del contrato.
- Revisión de antecedentes epidemiológicos (Secretaría de Salud Departamental)
- Observación directa de condiciones de vivienda

6.3Fases

FASE 1: articulación con el presidente de juntas para organizar la implementación de la cartografía social, donde se realizará un cronograma de actividades de todos los encuentros.

FASE 2: Sensibilización: Conversatorio inicial sobre la enfermedad de Chagas y taller.

FASE 3: Construcción colectiva del mapa: los participantes deberán realizar el mapeo del territorio identificando zonas de presencia del vector, tipos de vivienda, cuerpos de agua, vegetación, animales domésticos y otros elementos clave.

FASE 4: Análisis participativo: Discusión sobre los factores que contribuyen al riesgo de transmisión, identificación de los casos activos hasta el momento en el sector y que pacientes se encuentran en seguimiento por la EPS que corresponde.

FASE 5: Validación comunitaria: Presentación final del mapa colectivo y retroalimentación, diagnostico social de la vereda de Ganco, y conclusión final

6.4 Posible estructura de Diagnóstico Social para Ganco

A continuación, se establece una estrategia de posible diagnóstico para implementar dentro de la actividad fase 5, ya que hasta la fecha el sector no tiene un diagnóstico que identifique la enfermedad de Chagas y sobre ETV Y zoonosis.

6.4.1Contexto

- Ubicación geográfica de Ganco (altitud, clima, relieve).
- Datos poblacionales básicos.

6.4.2 Epidemiología local

- Historia de Chagas en el territorio: casos documentados, prevalencia si hay estudios.
- Riesgo ambiental y vectorial.

6.4.8 Infraestructura sanitaria

- Centros de salud disponibles, laboratorios próximos.
- Servicios de diagnóstico y tratamiento accesibles.

6.4.9 Socioeconomía y vivienda

- Condiciones materiales de las viviendas.
- Hábitos de convivencia con animales y almacenamiento de alimentos.

6.4.10 Conocimiento, actitudes y prácticas

- Qué entiende la población por Chagas.
- Prácticas de prevención que se realizan.
- Barreras para hacer diagnóstico / tratamiento.

6.4.11 Intervenciones previas y actuales

- Qué programas ha aplicado la Secretaría de Salud o entidades locales.
- Participación comunitaria, rol de líderes sociales.

6.4.12 **Determinantes sociales**

- Educación, pobreza, acceso a información, género, etnia si aplica.

6.4.13 **Conclusiones y recomendaciones**

- Qué hacer para mejorar prevención, diagnóstico y tratamiento.
- Qué necesidades específicas tiene la comunidad.

6.4.9 características

Además, se identificará las siguientes características, como lo son:

- Características sociodemográficas de la vereda: número de habitantes, densidad, distribución de edades, ocupación (agricultura, servicio, etc.), nivel educativo, ingresos.
- Condiciones de vivienda: material de paredes/pisos/techos; presencia de grietas; mantenimiento; cercanía con áreas de bosque u otros hábitats donde estén los vectores; presencia de animales domésticos o silvestres que puedan servir de reservorio; iluminación / ventilación.
- Conocimiento, actitudes y prácticas: qué saben los habitantes de Chagas, cómo lo asocian; qué creen que lo causa; si conocen al vector; si toman medidas de prevención; si buscan atención sanitaria; si han tenido algún caso en la familia.
- Accesibilidad al sistema de salud: distancia a centros de salud; disponibilidad de diagnóstico (laboratorio con pruebas serológicas / parasitológicas); tiempos de espera; costo; barreras culturales o de idioma si aplica; disponibilidad de medicamentos; seguimiento de casos.
- Presencia del vector / riesgo ambiental: si se ha documentado la presencia de triatominos en viviendas o cercanías; cuáles especies; medidas de control vectorial; estado ecológico local (bosques, corredores de animales).
- Intervenciones previas: si en Ganco o Ubaque han hecho campañas de educación, fumigación, mejoramiento de la vivienda, tamizaje, seguimiento de gestantes, etc.

- Percepción social e impacto psicosocial: impacto en la calidad de vida, estigmatización, carga en familias, costos indirectos (viajes, cuidado), impacto en la salud mental si ya hay complicaciones crónicas.

7. DESARROLLO DE LA FASE 2 Y 3 DE LA CARTOGRAFIA SOCIAL

Se realiza el desarrollo de las dos fases el día 12 de noviembre en la vereda de ganco en la escuela, con los integrantes lideres de la comunidad con el fin de realizar la explicación de la concurrencia de Chagas y para realizar el avance de la cartografía social para este encuentre como Metodología para la explicación de la Enfermedad de Chagas se hace mediante una cartilla educativa en la vereda.

7.1 Fase 2

La fase tendrá 3 momentos.

Objetivo general

Socializar información clara, sencilla y pertinente sobre la enfermedad de Chagas a los representantes de la vereda de Ganco, promoviendo la prevención, el reconocimiento de síntomas y el control del vector a través del uso de una cartilla educativa.

Objetivos específicos

- Facilitar la comprensión sobre las causas, formas de transmisión, síntomas y consecuencias de la enfermedad de Chagas.
- Fortalecer los conocimientos comunitarios para la identificación del insecto vector (pito o triatomino).
- Promover hábitos saludables y prácticas de prevención dentro de los hogares.
- Estimular la multiplicación del conocimiento por parte de los representantes hacia las demás familias de la vereda.

Población objetivo

Representantes comunitarios de la vereda Ganco, municipio de ubaque seleccionados como líderes multiplicadores de la información en sus comunidades**.**

Material educativo

- Cartilla educativa: elaborada con lenguaje claro, ilustraciones didácticas, y secciones que abordan:

    1. Qué es la enfermedad de Chagas
    2. El insecto transmisor
    3. Formas de contagio
    4. Síntomas y consecuencias
    5. Prevención y control
    6. Acciones comunitarias y recomendaciones

La cartilla que se presento a los lideres es la siguiente:



Metodología

El proceso se desarrollará en tres fases:

Fase 1: Introducción y sensibilización

- Breve bienvenida y explicación de la importancia del tema.
- Diagnóstico participativo inicial para conocer el nivel de conocimiento de los asistentes.
- Presentación de los objetivos de la jornada y del uso de la cartilla. Para que los participantes entiendan mejor el tema

Fase 2: Desarrollo pedagógico

- Lectura guiada de la cartilla educativa: el facilitador explica cada sección mientras los participantes observan las ilustraciones.
- Conversatorio participativo: los asistentes comparten experiencias o conocimientos previos sobre el vector y la enfermedad.
- Ejercicio práctico: identificación de imágenes del insecto transmisor y simulación de medidas preventivas en el hogar (uso de mallas, limpieza, mejora de vivienda, etc.).

Fase 3: Cierre y evaluación

- Revisión colectiva de los aprendizajes adquiridos.
- Entrega de la cartilla educativa a cada representante.
- Evaluación participativa sobre la utilidad del material y los temas aprendidos.
- Compromiso de los representantes de replicar la información en sus comunidades.

Recursos

- Humanos: facilitador del taller, apoyo técnico en salud pública o entomología, líderes comunitarios.

- Materiales: cartillas educativas, marcadores, cartulinas, proyector (opcional), muestras o imágenes del vector.
- Logísticos: espacio comunitario, sillas, mesas, refrigerio.

Resultados esperados

- Mayor comprensión sobre la enfermedad de Chagas y sus formas de prevención.
- Compromiso comunitario en el control del vector domiciliario.
- Representantes capacitados como multiplicadores de información en sus hogares y sectores

7.2 Fase 3

La fase se desarrolla por con el avance de la cartografía social donde los lideres deberán identificar dentro del mapa algunos ítem que va aportar a desarrollar adecuadamente la actividad.

La actividad de **cartografía social** se llevó a cabo en la vereda de Ganco con el objetivo de recopilar información comunitaria y ambiental que permitiera conocer las condiciones de vida de sus habitantes y los factores de riesgo relacionados con la enfermedad de Chagas.

Durante el proceso se realizó un **recorrido y levantamiento de información participativo**, en el cual se identificaron los siguientes aspectos principales:

- **Número de viviendas** existentes en la vereda y su distribución.
- **Cantidad de perros y gatos**, con el fin de reconocer la presencia de posibles reservorios del vector.
- **Número de ríos y fuentes hídricas**, junto con la ubicación de **tanques de reserva de agua**, para analizar las condiciones sanitarias.
- **Cantidad de galpones o corrales**, como espacios que pueden favorecer la presencia del vector.

- **Número de mujeres gestantes** y **mujeres en edad fértil**, para orientar acciones de promoción y prevención en salud.
- **Población infantil** y **personas con discapacidad**, con el fin de identificar grupos vulnerables.
- **Total, de familias residentes en la vereda** y **casos positivos de Chagas** detectados.
- **Tipo de cocina utilizada**, especialmente aquellas que funcionan con **leña**, debido al impacto en la salud respiratoria y condiciones de vivienda.
- **Prácticas de almacenamiento de alimentos**, para reconocer hábitos de higiene y manejo doméstico.

Esta cartografía permitió construir una visión integral del territorio, fortaleciendo la participación comunitaria y sirviendo como base para la planificación de intervenciones en salud y saneamiento ambiental.

8. BIBLIOGRAFIA

- https://ids.gov.co/comunicados-de-prensa/colombia-consolida-la-prevencion-de-la-enfermedad-de-chagas/?utm_source=chatgpt.com
- https://www.cundinamarca.gov.co/noticias/cundinamarca%2Bfortalece%2Bacciones%2Bpara%2Binterrumpir%2Btransmision%2Bdel%2Bchagas%2Ben%2B7%2Bmunicipios?utm_source=chatgpt.com

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de actualización:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	12 - NOVIEMBRE - 2025
LUGA	UBAQUE VEREDA GRANCO CASCO URBANO Social.	HORA INICIO:	11:00am
DEPENDENCIA QUE COORDINA:	CONCURRENCIA cargas.	HORA FIN:	12:00 PM.

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN: OCUPACIONAL	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	AFROCOLOMBIANO	INDIGENA	CAMPESINO	ROM	DISCAPACITADO	ATE DE HOGAR	LGTBIQ	MIGRANTE	FIRMA	TELEFONO	E-MAIL	FIRMA
1	Yuranis Cervagal	1074135649	29	Femenino	Ubaque	rural											X		3222511469	yuranis9@gmail.com	
2	Edwin Gómez	79.825.059	48	Masculino	Ubaque	Rural													3048959302		Edwin Gómez
3	Sandra Avila	1121921533	30	Femenino	Ubaque	rural													3219211786	Sandraavila@gmail	Sandra Avila
4	Alexa Lavado	1076200437	37	Femenino	Ubaque	rural											X		3217347955	Lavadoalexa@gmail.com	Alexa Lavado
5	Albert Johan Lodoño	1076201498	30	Masculino	Ubaque	rural											X		3134995769	albertjohanlodoño@gmail.com	
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					

RESPONSABLE	TS Nataly Castillo Herrera.	GERENCIA	

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 3

LUGAR: vereda de ganco ubaque

EVENTO: cartografía

FOTO N° 5 de 5

PROVINCIA: oriente

Fecha de toma (12/11/2025):



FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS









Observaciones:

_____
_____
_____.

LA SUBGERERENCIA CIENTIFICA EN CALIDAD DE SUPERVISORA DE LA CONCURRENCIA DE CHAGAS

CERTIFICA QUE:

En los municipios de Fomeque, Choachí y Ubaque, se llevan a cabo las acciones de la concurrencia de CHAGAS, donde se evidencia la actividad de:

"Apoyar al programa ETV y Zoonosis de la secretaria de salud de Cundinamarca, en el marco de las posibles contingencias relacionadas con las ETV-Zoonosis en todos los municipios inmersos en la concurrencia."

Durante la ejecución de la segunda entrega, no se obtuvo solicitud de apoyo al programa ETV y Zoonosis por parte de la secretaria de Salud de Cundinamarca para la realización de esta actividad.

Dada a los treinta (30) días del mes de octubre 2025.

DANIELA GAMBOA ALMANSA
Coordinadora salud pública HSVPF

MAYRA LUCIA MARTINEZ
Coordinadora concurrencia Chagas

LA SUBGERERENCIA CIENTIFICA EN CALIDAD DE SUPERVISORA DE LA CONCURRENCIA DE CHAGAS

CERTIFICA QUE:

En los municipios de Fomeque, Choachí y Ubaque, se llevan a cabo las acciones de la concurrencia de CHAGAS, donde se evidencia la actividad de:

"*Apoyar semanalmente la búsqueda de casos de ETV y zoonosis, reportados en las instituciones prestadoras de servicios de salud y/o IPS del municipio asignado"*

Durante la ejecución de la segunda entrega, no se obtuvo solicitud por parte de la secretaria de Salud de Cundinamarca para la realización de esta actividad.

Dada a los treinta (30) días del mes de octubre 2025.

DANIELA GAMBOA ALMANSA
Coordinadora salud pública HSVPF

MAYRA LUCIA MARTINEZ
Coordinadora concurrencia Chagas

Calle 4 No. 5-00 Teléfonos 8485024, 8485378, 8485379

Nit: 800.174.375-5

Fómeque – Cundinamarca
Email: hfomeque@yahoo.com

MUESTRO SERVICIO ES PENSANDO EN USTED

San Vicente de Paúl
FOMEQUE

Gobernación de Cundinamarca

LA SUBGERERENCIA CIENTIFICA EN CALIDAD DE SUPERVISORA DE LA CONCURRENCIA DE CHAGAS

CERTIFICA QUE:

En los municipios de Fomeque, Choachí y Ubaque, se llevan a cabo las acciones de la concurrencia de CHAGAS, donde se evidencia la actividad de:

"Apoyar a los profesionales del área de entomología del laboratorio de Salud Pública Departamental, en la remisión del material entomológico obtenido en los Puestos de Recolección de Triatominos Comunitarios o el capturado mensualmente en los depósitos de agua durante las actividades de promoción, prevención control y eliminación casa a casa rutinarias, la cual debe coincidir con la información registrada en el formulario diseñado para la actividad en ArcGIS Survey 123".

Actividad que no se puede llevar a cabo en la tercera entrega debido a que no se realizó remisión del material Entomológico para la tercera entrega.

Dada a los quince (15) días del mes de noviembre 2025.

DANIELA GAMBOA ALMANSA
Coordinadora salud pública HSVPF

Mayra Martinez
MAYRA LUCIA MARTÍNEZ
Coordinadora concurrencia Chagas

NUESTRO SERVICIO ES PENSANDO EN USTED

San Vicente de Paúl
FOMEQUE

Gobernación de Cundinamarca

LA SUBGERERENCIA CIENTIFICA EN CALIDAD DE SUPERVISORA DE LA CONCURRENCIA DE CHAGAS

CERTIFICA QUE:

En los municipios de Fomeque, Choachí y Ubaque, se llevan a cabo las acciones de la concurrencia de CHAGAS, donde se evidencia la actividad de:

"Apoyar al programa ETV y Zoonosis de la secretaria de salud de Cundinamarca, en el marco de las posibles contingencias relacionadas con las ETV-Zoonosis en todos los municipios inmersos en la concurrencia."

Durante la ejecución de la tercera entrega, no se obtuvo solicitud de apoyo al programa ETV y Zoonosis por parte de la secretaria de Salud de Cundinamarca para la realización de esta actividad.

Dada a los quince (15) días del mes de noviembre 2025.

DANIELA GAMBOA ALMANSA
Coordinadora salud pública HSVPF

Mayra Martinez
MAYRA LUCIA MARTÍNEZ
Coordinadora concurrencia Chagas

MUESTRO SERVICIO ES PENSANDO EN USTED

San Vicente de Paúl
FOMEQUE

Gobernación de Cundinamarca

LA SUBGERERENCIA CIENTIFICA EN CALIDAD DE SUPERVISORA DE LA CONCURRENCIA DE CHAGAS

CERTIFICA QUE:

En los municipios de Fomeque, Choachí y Ubaque, se llevan a cabo las acciones de la concurrencia de CHAGAS, donde se evidencia la actividad de:

"Apoyar a los profesionales del área de entomología del laboratorio de Salud Pública Departamental, en la remisión del material entomológico obtenido en los Puestos de Recolección de Triatominos Comunitarios o el capturado mensualmente en los depósitos de agua durante las actividades de promoción, prevención control y eliminación casa a casa rutinarias, la cual debe coincidir con la información registrada en el formulario diseñado para la actividad en ArcGIS Survey 123".

Actividad que no se puede llevar a cabo en la tercera entrega debido a que no se realizó remisión del material Entomológico para la tercera entrega.

Dada a los quince (15) días del mes de noviembre 2025.

DANIELA GAMBOA ALMANSA
Coordinadora salud pública HSVPF

Mayra Martinez
MAYRA LUCIA MARTÍNEZ
Coordinadora concurrencia Chagas

LA SUBGERERENCIA CIENTIFICA EN CALIDAD DE SUPERVISORA DE LA CONCURRENCIA DE CHAGAS

CERTIFICA QUE:

En los municipios de Fomeque, Choachí y Ubaque, se llevan a cabo las acciones de la concurrencia de CHAGAS, donde se evidencia la actividad de:

"Remitir al laboratorio de Salud Pública departamental, el material entomológico obtenido en los puestos de recolección de triatominos comunitarios o el capturado durante las inspecciones domiciliarias."

Actividad que no se puede llevar a cabo debido a que no hubo recolección de triatominos durante el mes.

Dada a los quince (15) días del mes de noviembre 2025.

DANIELA GAMBOA ALMANSA
Coordinadora salud pública HSVPF

MAYRA LUCIA MARTÍNEZ
Coordinadora concurrencia Chagas

LA SUBGERERNCIA CIENTIFICA EN CALIDAD DE SUPERVISORA DE LA CONCURRENCIA DE CHAGAS

CERTIFICA QUE

Los municipios de Fomeque, Ubaque y Choachi, se llevan a cabo las acciones de concurrencia de CHAGAS, donde se evidencia la actividad de:

"Realizar la entrega, instalación y/o seguimiento a toldillos impregnados con insecticida, en las viviendas de los pacientes o circunvecinos en municipios con presencia de Leishmaniasis, y reportado a través del formulario diseñado para ArcGis Survey123"

Actividad que no se puede llevar a cabo debido a que no se cuentan con los respectivos insumos. Cuando se tengan los insumos se iniciará con la actividad.

Dada a los quince días (15) del mes de noviembre del 2025

DANIELA GAMBOA ALMANSA
Coordinadora salud pùblica HSVPF

MAYRA LUCIA MARTINEZ
Coordinadora concurrencia Chagas

Calle 4 No. 5-00 Teléfonos 8485024, 8485378, 8485379

Nit: 800.174.375-5

Fómeque – Cundinamarca

Email: hfomeque@yahoo.com

LA SUBGERERNCIA CIENTIFICA EN CALIDAD DE SUPERVISORA DE LA CONCURRENCIA DE CHAGAS

CERTIFICA QUE

Los municipios de Fomeque, Ubaque y Choachi, se llevan a cabo las acciones de concurrencia de CHAGAS, donde se evidencia la actividad de:

"Apoyo a la toma de muestra de vigilancia activa de las enfermedades de rabia y Leishmaniasis de acuerdo con las normas técnicas y procedimientos establecidos para el procedimiento integral desde la identificación del animal, toma de muestras, embalaje, transporte y custodia de los mismos, de acuerdo a los factores de riesgo"

Actividad que no se puede llevar a cabo debido no se reportaron animales muertos ni sospechosos que cumplieran con los criterios para la toma de muestra, de acuerdo con las normas técnicas y procedimientos establecidos por el programa de zoonosis.

Dada a los treinta días (30) del mes de octubre del 2025

DANIELA GAMBOA ALMANSA
Coordinadora salud pública HSVPF

MAYRA LUCIA MARTINEZ
Coordinadora concurrencia Chagas

Calle 4 No. 5-00 Teléfonos 8485024, 8485378, 8485379

Nit: 800.174.375-5

Fómeque – Cundinamarca

Email: hfomeque@yahoo.com

NUESTRO SERVICIO ES PENSANDO EN USTED

San Vicente de Paúl
FOMEQUE

Gobernación de Cundinamarca

LA SUBGERERENCIA CIENTIFICA EN CALIDAD DE SUPERVISORA DE LA CONCURRENCIA DE CHAGAS

CERTIFICA QUE:

En los municipios de Choachí y Ubaque, se llevan a cabo las acciones de la concurrencia de CHAGAS, donde se evidencia la actividad de:

"Realizar participación activa con la comunidad, autoridades locales, miembros de las instituciones educativas y organizaciones sociales, la información relacionada con la participación social para el cambio conductual en la promoción, prevención, vigilancia, inspección, control y eliminación de las ETV y las enfermedades zoonóticas a través de jornadas de capacitación, COVECOM u otros espacios municipales establecidos (1 sesión mensual por cada municipio asignado)"

Durante la ejecución de la tercera entrega, no se obtuvo solicitud por parte de la secretaria de Salud de Cundinamarca para la realización de esta actividad.

Dada a los quince (15) días del mes de noviembre 2025.

DANIELA GAMBOA ALMANSA
Coordinadora salud pública HSVPF

MAYRA LUCIA MARTÍNEZ
Coordinadora concurrencia Chagas

NUESTRO SERVICIO ES PENSANDO EN USTED

San Vicente de Paúl
FOMEQUE

Gobernación de Cundinamarca

LA SUBGERERENCIA CIENTIFICA EN CALIDAD DE SUPERVISORA DE LA CONCURRENCIA DE CHAGAS

CERTIFICA QUE:

En los municipios de Fomeque, Choachí y Ubaque, se llevan a cabo las acciones de la concurrencia de CHAGAS, donde se evidencia la actividad de:

"Realizar articulación con PIC municipal, APS, Equipo Departamental en aras de sectorizar las acciones y dar cobertura al 100% del municipio"

Durante la ejecución de la tercera entrega, no se recibió solicitud ni directriz por parte de la secretaria de Salud de Cundinamarca para la realización de esta actividad.

Debido a ello, no fue posible llevar a cabo la articulación prevista con PIC municipal, APS Y ETV Departamental, ya que dichas acciones dependen de la coordinación y programación por el nivel departamental.

Dada a los quince (15) días del mes de noviembre 2025.

DANIELA GAMBOA ALMANSA
Coordinadora salud pública HSVPF

Mayra Lucia Martinez

MAYRA LUCIA MARTÍNEZ
Coordinadora concurrencia Chagas

MUESTRO SERVICIO ES PENSANDO EN USTED

San Vicente de Paúl
FOMEQUE

Gobernación de Cundinamarca

LA SUBGERERENCIA CIENTIFICA EN CALIDAD DE SUPERVISORA DE LA CONCURRENCIA DE CHAGAS

CERTIFICA QUE:

En los municipios de Fomeque, Choachí y Ubaque, se llevan a cabo las acciones de la concurrencia de CHAGAS, donde se evidencia la actividad de:

"Realizar la fumigación para la promoción, prevención control y eliminación de vectores de importancia en salud pública, en situación de brotes, epidemias, presencia de casos, o por solicitud del supervisor del contrato, cumpliendo los requisitos técnicos, sanitarios y realizando el registro en ArcGIS Survey 123. Dicha actividad corresponderá a 23 encuestas larvarias domiciliarias para registro de la salud y prevención de los arbovirosis por cada día de trabajo y solo podrán apoyar dos (02) auxiliares exceptuando una contingencia."

Actividad que no se puede llevar a cabo en la tercera entrega ya que debido a que no se cuenta con los respectivos insumos. Cuando se tengan los insumos se iniciará con la actividad.

Dada a los quince (15) días del mes de noviembre 2025.

DANIELA GAMBOA ALMANSA
Coordinadora salud pública HSVPF

MAYRA LUCIA MARTÍNEZ
Coordinadora concurrencia Chagas

NUESTRO SERVICIO ES PENSANDO EN USTED

San Vicente de Paúl
FOMEQUE

Gobernación de Cundinamarca

LA SUBGERERENCIA CIENTIFICA EN CALIDAD DE SUPERVISORA DE LA CONCURRENCIA DE CHAGAS

CERTIFICA QUE:

En los municipios de Fomeque, Choachí y Ubaque, se llevan a cabo las acciones de la concurrencia de CHAGAS, donde se evidencia la actividad de:

"Apoyar al programa ETV y Zoonosis de la secretaria de salud de Cundinamarca, en el marco de las posibles contingencias relacionadas con las ETV-Zoonosis en todos los municipios inmersos en la concurrencia."

Durante la ejecución de la tercera entrega, no se obtuvo solicitud de apoyo al programa ETV y Zoonosis por parte de la secretaria de Salud de Cundinamarca para la realización de esta actividad.

Dada a los quince (15) días del mes de noviembre 2025.

DANIELA GAMBOA ALMANSA
Coordinadora salud pública HSVPF

Mayra Martinez
MAYRA LUCIA MARTÍNEZ
Coordinadora concurrencia Chagas

MUESTRO SERVICIO ES PENSANDO EN USTED

San Vicente de Paúl
FOMEQUE

Gobernación de Cundinamarca

LA SUBGERERENCIA CIENTIFICA EN CALIDAD DE SUPERVISORA DE LA CONCURRENCIA DE CHAGAS

CERTIFICA QUE:

En los municipios de Fomeque, Choachí y Ubaque, se llevan a cabo las acciones de la concurrencia de CHAGAS, donde se evidencia la actividad de:

"Apoyar a los profesionales del área de entomología del laboratorio de Salud Pública Departamental, en la remisión del material entomológico obtenido en los Puestos de Recolección de Triatominos Comunitarios o el capturado mensualmente en los depósitos de agua durante las actividades de promoción, prevención control y eliminación casa a casa rutinarias, la cual debe coincidir con la información registrada en el formulario diseñado para la actividad en ArcGIS Survey 123".

Actividad que no se puede llevar a cabo en la tercera entrega debido a que no se realizó remisión del material Entomológico para la tercera entrega.

Dada a los quince (15) días del mes de noviembre 2025.

DANIELA GAMBOA ALMANSA
Coordinadora salud pública HSVPF

Mayra Martinez
MAYRA LUCIA MARTÍNEZ
Coordinadora concurrencia Chagas

NUESTRO SERVICIO ES PENSANDO EN USTED

San Vicente de Paúl
FOMEQUE

Gobernación de Cundinamarca

LA SUBGERERENCIA CIENTIFICA EN CALIDAD DE SUPERVISORA DE LA CONCURRENCIA DE CHAGAS

CERTIFICA QUE:

En los municipios de Fomeque, Choachí y Ubaque, se llevan a cabo las acciones de la concurrencia de CHAGAS, donde se evidencia la actividad de:

"Apoyar al programa ETV y Zoonosis de la secretaria de salud de Cundinamarca, en el marco de las posibles contingencias relacionadas con las ETV-Zoonosis en todos los municipios inmersos en la concurrencia."

Durante la ejecución de la tercera entrega, no se obtuvo solicitud de apoyo al programa ETV y Zoonosis por parte de la secretaria de Salud de Cundinamarca para la realización de esta actividad.

Dada a los quince (15) días del mes de noviembre 2025.

DANIELA GAMBOA ALMANSA
Coordinadora salud pública HSVPF

Mayra Martinez
MAYRA LUCIA MARTÍNEZ
Coordinadora concurrencia Chagas

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	Código: M-PDS-GSP-FR-012 Versión: 01
	Cronograma Mensual de Actividades Contratos o Convenios	Fecha de Aprobación:30/Octul

Secretaria	Salud			
Dependencia	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE		Programación Mes o Periódo	Fecha Inicial de periodo:
Área /Programa / Dimensión	CONCURRENCIA CHAGAS			Fecha final de periodo:
Contrato No. 708	Nombre del Contratista	MUARCELA HERRERA		Fecha de Inicio del Contrato

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
3 REALIZACION DE INFORME TALLER EDUCATIVO	4 ALISTAMIENTO PARA TOMAS DE MUESTRAS	5 TOMA DE MUESTRAS	6 TOMA DE MUESTRAS	7 TOMA DE MUESTRAS

10 TALLER EDUCATIVO EN CONSEJO MUNICIPAL/ REALIZACION DE INFORME DE TALLER EDUCATIVO	11 ALISTAMIENTO DE MATERILA PARA DESARROLLO DE TALLRE	12 ALISTAMIENTO DE MATERIALES PARA TALLER	13 TALLER CENTRO DE SALUD COMUNIDAD/ REALIZACION DE INFORME DE TALLER EDUCATIVO	14 ARTICUACION CON COORDINADOR PIC

Elaboró:	LORENA VARELA	**Aprobó**	
Perfil del Contratista	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**Cargo**	
Firma		**Firma**	

bre /2015

01-nov-25
15-nov-25
19/09/2025

SABADO
1 TALLER EDUCATIVO HOGAR GERIATRICO
8 TALLER DE SENSIBILIZACION Y TALLER EDUCATIVO

15

ENTREGA DE INFORME

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	Código: M-PDS-GSP-FR-012
		Versión: 01
	Cronograma Mensual de Actividades Contratos o Convenios	Fecha de Aprobación:30/Octubre /2015

Secretaria	SALUD				
Dependencia	SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA		**Programación Mes o Periódo**	**Fecha Inicial de periodo:**	20-sep-25
Área /Programa / Dimensión	ETV Y ZOONOSIS			**Fecha final de periodo:**	31-dic-25
Contrato No.XXX-2024	**Nombre del Contratista**	ANA MARIA ROMERO MARTINEZ		**Fecha de Inicio del Contrato**	20/09/2025

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
					1
3	4	3 Seguimiento animal agresor	6 Seguimiento animal agresor	7 Reunion Ignacio pescador-Pic Choachi	
1	1 Reunion Escuela el Lavader-Reunion Pic	6 Seguimiento animal agresor	6 Elaboracion informe	1 Entrega final	
2	2	2	2	2	
2	2	2	3		

Elaboró:	Ana Maria Romero Martinez	**Aprobó**	
Perfil del Contratista	Tecnico ETV	**Cargo**	
Firma		**Firma**	

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	Código: M-PDS-GSP-FR-012
		Versión: 01
	Cronograma Mensual de Actividades Contratos o Convenios	Fecha de Aprobación:30/Octubre /2015

Secretaria	SALUD				
Dependencia	SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA		**Programación Mes o Periódo**	**Fecha Inicial de periodo:**	31-oct-25
Área /Programa / Dimensión	ETV Y ZOONOSIS			**Fecha final de periodo:**	14-nov-25
Contrato No.727-2025	**Nombre del Contratista**	MARTHA BIBIANA RODRIGUEZ LEON		**Fecha de Inicio del Contrato**	19/09/2025

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
				31 *MOVILIZACION CANCER PARQUE PRINCIPAL *SENSIBILIZACION SOBRE TAMIZAJE * TOMA DE MUESTRAS PARQUE PRINCIPAL	1 *SENSIBILIZACION SOBRE TAMIZAJE *TOMA DE MUESTRAS CENTRO DE SALUD
3	4 * SE ASISTE A ESCUELA DE BANDA SINFONICA PARA SOLICITAR ESPACIO PARA EL TALLER	5 * SE ASISTE A ESTACION DE POLICIA PARA SOLICITAR ESPACIO PARA EL TALLER	6 *TALLER COMUNITARIO NUEVA EPS * SE SOLICITA ESPACIO PARA REALIZACION DE TALLER EN EL BANCO BOGOTA	7 *SENSIBILIZACION ESCUELA LAUREANO GOMEZ Y JARDIN EL PARAISO DE LOS NIÑOS *REUNION COORDINADORA PIC * TALLER INSTITUCIONAL POLICIA NACIONAL. *TALLER EDCATIVO BANDA SINFONICA	8 *SENSIBILIZACION SOBRE TAMIZAJE *TOMA DE MUESTRAS CENTRO DE SALUD *
10 TALLER ENTORNO LABORAL BANCO BOGOTA	11 TAMIZAJE ESCUELA LAUREANO GOMEZ	12 TAMIZAJE JARDIN INFANTIL PARAISO DE LOS NÑOS-ESCUELA LAUREANO GOMEZ	13 ELABORACION INFORMES	14 ELABORACION INFORMES	

Elaboró:	Martha Bibiana Rodríquez León	**Aprobó**	
Perfil del Contratista	Auxiliar de enfermería	**Cargo**	
Firma		**Firma**	

Gobernación de Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	Código: M-PDS-GSP-FR-012 Versión: 01
	Cronograma Mensual de Actividades Contratos o Convenios	Fecha de Aprobación:30/Octubre /2015

Secretaria	SALUD				
Dependencia	SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA		**Programación Mes o Periódo**	**Fecha Inicial de periodo:**	28 de OCTUBRE 2025
Área /Programa / Dimensión	ETV Y ZOONOSIS			**Fecha final de periodo:**	15-nov-25
Contrato No.730-2025	**Nombre del Contratista**	KEYDY NATALI CASTILLO HERRERA		**Fecha de Inicio del Contrato**	19/SEPTIEMBRE/DEL 2025

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
				30 DE OCTUBRE movilización choachi, taller educativo Taller educativo comunidad choachi. REUNIÓN MENSUAL Fómeque	31
1	2 DE NOVIEMBRE , movilización Fómeque , renta ciudadana, taller educativo , población vulnerable FOMEQUE	3	4	5 NOVIEMBRE . taller educativo 1 FÓMEQUE Cartografía FOMEQUE	6
7 NOVIEMBRE. articulación Pic Choachi TALLER EDUCATIO 2 Fómeque TALLER EDUCATIVO FAMISANAR choachi. Taller educativo. Niños IED ignacio pescador choachi Taller ludicopedagogico CHOACHI. CAPACITACIÓN TALENTO HUMANO CHOACHI POLICÍA NACIONAL	8	9	10	11 NOVIEMBRE articulación Pic Fómeque	12
13	14	15	16	17	18

Elaboró:	DANIELA ESCOBAR PAREJA	**Aprobó**	
Perfil del Contratista	PSICÓLOGA	**Cargo**	CONRATISTA
Firma		**Firma**	

Gobernación de Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	Código: M-PDS-GSP-FR-012 Versión: 01
	Cronograma Mensual de Actividades Contratos o Convenios	Fecha de Aprobación:30/Octubre /2015

Secretaria	Salud			
Dependencia	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	Programación Mes o Periódo	Fecha Inicial de periodo:	1-nov-25
Área /Programa / Dimensión	CONCURRENCIA CHAGAS		Fecha final de periodo:	14-nov-25
Contrato No. 708	Nombre del Contratista	LORENA VARELA	Fecha de Inicio del Contrato	19/09/2025

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
					1 TOMA DE MUESTRAS	2 TOMA DE MUESTRAS
3	4 TOMA DE MUESTRAS	5	6 TOMA DE MUESTRAS	7 TOMA DE MUESTRAS	8	9
10 TALLER COMERCIO	11 ARTICULACION PIC	12 TALLER IDEMAG	13	14 TALLER ESCUELA LAVADERO	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

Elaboró:	LORENA VARELA	**Aprobó**	
Perfil del Contratista	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**Cargo**	
Firma		**Firma**	

Gobernación de Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	Código: M-PDS-GSP-FR-012
		Versión: 01
	Cronograma Mensual de Actividades Contratos o Convenios	Fecha de Aprobación:

Secretaria	DE SALUD DE CUNDINAMARCA				
Dependencia	SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA		**Programación Mes o Periódo**	**Fecha Inicial de periodo:**	19 SEPTIEMBRE. 2025
Área /Programa / Dimensión	ETV Y ZOONOSIS			**Fecha final de periodo:**	31 DICIEMBRE. 2025
Contrato No. 732 – 2025	**Nombre del Contratista**	MAYRA LUCIA MARTINEZ HERNANDEZ		**Fecha de Inicio del Contrato**	19 SEPTIEMBRE. 2025

TERCER CORTE 31 OCTUBRE AL 14 NOVIEMBRE 2025

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
				30 COVE MUNICIPAL	31	1
2 JORNADA MADRES Y NIÑOS DE RENTA CIUDADANA	3	4 SEGUNDA ENTREGA DRIVE	5	6	7 ENVIÓ MUESTRAS AL LSPC / ARTICULACIÓN PIC	8
9	10	11 ARTICULACIÓN PIC	12	13 RECEPCIÓN DE MUESTRAS	14 ENVIÓ MUESTRAS AL LSPC/ TERCERA ENTREGA	15
16	17	18	19	20	21	22 MOVILIZACIÓN CÁNCER DE SENO
23	24	25 JORNADA DE SALUD	26	27	28	29

Elaboró:	MAYRA MARTÍNEZ	**Aprobó**	
Perfil del Contratista	BACTERIÓLOGA	**Cargo**	
Firma		**Firma**	

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	Código: M-PDS-GSP-FR-012
		Versión: 01
	Cronograma Mensual de Actividades Contratos o Convenios	Fecha de Aprobación:

Secretaria	DE SALUD DE CUNDINAMARCA				
Dependencia	SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA		**Programación Mes o Periódo**	**Fecha Inicial de periodo:**	19 SEPTIEMBRE. 2025
Área /Programa / Dimensión	ETV Y ZOONOSIS			**Fecha final de periodo:**	31 DICIEMBRE. 2025
Contrato No. 732 – 2025	**Nombre del Contratista**	MAYRA LUCIA MARTINEZ HERNANDEZ		**Fecha de Inicio del Contrato**	19 SEPTIEMBRE. 2025

TERCER CORTE 31 OCTUBRE AL 14 NOVIEMBRE 2025

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
			30 MOVILIZACIÓN CONTRA EL CÁNCER	31 COVE MUNICIPAL	1
3	4 SEGUNDA ENTREGA DRIVE	5 REUNIÓN COLEGIO IGNACIO PESCADOR	6 RECEPCIÓN MUESTRAS DE MUESTRAS	7 ENTREGA DE MUESTRAS AL LSPC / ARTICULACIÓN PIC CHOACHI/ SENSIBILIZACIÓN IGNACIO PESCADOR	8
10	11	12	13	14 CURSO PRE NATAL GESTANTES	15
17	18	19	20	21	22
24	25	26	27	28	29

Elaboró:	MAYRA MARTÍNEZ	**Aprobó**	
Perfil del Contratista	BACTERIÓLOGA	**Cargo**	
Firma		**Firma**	

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	Código: M-PDS-GSP-FR-012
		Versión: 01
	Cronograma Mensual de Actividades Contratos o Convenios	Fecha de Aprobación:

Secretaria	DE SALUD DE CUNDINAMARCA				
Dependencia	SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA		**Programación Mes o Periódo**	**Fecha Inicial de periodo:**	19 SEPTIEMBRE. 2025
Área /Programa / Dimensión	ETV Y ZOONOSIS			**Fecha final de periodo:**	31 DICIEMBRE. 2025
Contrato No. 732 – 2025	**Nombre del Contratista**	MAYRA LUCIA MARTINEZ HERNANDEZ		**Fecha de Inicio del Contrato**	19 SEPTIEMBRE. 2025

TERCER CORTE 31 OCTUBRE AL 14 NOVIEMBRE 2025

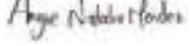
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
				31	1
3	4 SEGUNDA ENTREGA DRIVE	5	6 RECEPCIÓN DE MUESTRAS	7 ENTREGA DE MUESTRAS AL LSPC	8 JORNADA DE SALUD
10	11	12 EAPBS UBAQUE / ARTICULACION PIC	13	14 TERCERA ENTREGA DRIVE	15
17	18	19	20	21	22
24	25	26	27	28	29

Elaboró:	MAYRA MARTÍNEZ	**Aprobó**	
Perfil del Contratista	BACTERIÓLOGA	**Cargo**	
Firma		**Firma**	

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	Código: M-PDS-GSP-FR-012 Versión: 01
	Cronograma Mensual de Actividades Contratos o Convenios	Fecha de Aprobación:30/Octubre /2015

Secretaria	SALUD				
Dependencia	SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA		**Programación Mes o Periódo**	**Fecha Inicial de periodo:**	19 de Septiembre de 2025
Área /Programa / Dimensión	ETV Y ZOONOSIS			**Fecha final de periodo:**	31 de Octubre 2025
Contrato No.SS-CDCTI-708-2025	**Nombre del Contratista**	ANGIE NATALIA MENDEZ ARIAS		**Fecha de Inicio del Contrato**	9/19/2025

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
	27 OCTUBRE- TALLER VEREDA ROMERO BAJO Y CENTRO AFUERA				
03 NOVIEMBRE-VISITAS DOMICILIARIAS GANCO	04 NOVIEMBRE-VISITAS DOMICILIARIAS GANCO	05 NOVIEMBRE-ARTICULACIÓN CON PIC MUNICIPAL UBAQUE. -JORNADA LÚDICO PEDAGÓGICA EN EL GERIATRICO DE UBAQUE			
	10-NOVIEMBRE TALLER CONCEJO MUNICIPAL DE UBAQUE. -VISITAS DOMICILIARIAS	11 NOVIEMBRE-SEGUIMIENTO DE LOS PUESTOS DE TRIATOMINOS COMUNITARIOS.	12-VISITAS DOMICILIARIAS RIO NEGRO		14-NOVIEMBRE VISITAS DOMICILIARIAS CACIQUE

Elaboró:	ANGIE NATALIA MENDEZ ARIAS	**Aprobó**	
Perfil del Contratista	AUXILIAR ETV	**Cargo**	
Firma		**Firma**	

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	Código: M-PDS-GSP-FR-012 Versión: 01
	Cronograma Mensual de Actividades Contratos o Convenios	Fecha de Aprobación:30/Octubre /2015

Secretaria	SALUD				
Dependencia	SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA		**Programación Mes o Periódo**	**Fecha Inicial de periodo:**	19 de Septiembre de 2025
Área /Programa / Dimensión	ETV Y ZOONOSIS			**Fecha final de periodo:**	31 de Octubre 2025
Contrato No.SS-CDCTI-708-2025	**Nombre del Contratista**	ANGIE NATALIA MENDEZ ARIAS		**Fecha de Inicio del Contrato**	9/19/2025

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
	24 OCTUBRE - JORNADA LÚDICO PEDAGÓGICA JORNADA DE SALUD NIÑOS (HALLOWEN)		30 OCTUBRE - TALLER CHOACHI STAND PARQUE PRINCIPAL JORNADA DE CANCER		
	04 NOVIEMBRE- JORNADA LUDICO PEDAGOGICA CON ESCUELA DE FORMACIÓN CORO ADULTO		08 NOVIEMBRE- VISITAS DOMICILIARIAS VEREDA RIO BLANCO	09 NOVIEMBRE VISITAS DOMICILIARIAS VEREDA RIO BLANCO	10 NOVIEMBRE VISITAS DOMICILIARIAS VEREDA RESGUARDO BAJO SECTOR ALTO DE LA CRUZ. -TELLER EDUCATIVO VEREDA RIO BLANCO
11 NOVIEMBRE-VISITAS DOMICILIARIAS VEREDA RESGUARDO BAJO	25- TALLER VISITAS VEREDA RESGUARDO ALTO.	11 NOVIEMBRE- SEGUIMIENTO DE PUESTOS DE TRIATOMINOS COMUNITARIOS			

Elaboró:	ANGIE NATALIA MENDEZ ARIAS	**Aprobó**	
Perfil del Contratista	AUXILIAR ETV	**Cargo**	
Firma		**Firma**	

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	Código: M-PDS-GSP-FR-012 Versión: 01
	Cronograma Mensual de Actividades Contratos o Convenios	Fecha de Aprobación:30/Octubre /2015

Secretaria	SALUD				
Dependencia	SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA		**Programación Mes o Periódo**	**Fecha Inicial de periodo:**	16 DE OCTUBRE DEL 2025
Área /Programa / Dimensión	ETV Y ZOONOSIS			**Fecha final de periodo:**	28 DE OCTUBRE DEL 2025
Contrato No.731-2025	**Nombre del Contratista**	KEYDY NATALI CASTILLO HERRERA		**Fecha de Inicio del Contrato**	19/SEPTIEMBRE/DEL 2025

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
			30 jornada de cancer choachi movilizacion	31	1
3	4 talleres en choachi taller 1 y 2	5 articulacion pic ubaque	6	7	8 movilizacion ubaque
1 10 taller en ubaque taller 3	1 11 taller en ubaque taller 5 y capacitacion	1 12 cartografia social ganco ubaque	1 13 taller en ubaque taller 4 y taller pedagogico	1 14	2 15
2 17	2 18	2 19	2 20	2 21	2 22
24	3 25	26	27		

Elaboró:	KEYDY NATALI CASTILLO HERRERA	**Aprobó**	
Perfil del Contratista	TRABAJADORA SOCIAL	**Cargo**	
Firma		**Firma**	

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	Código: M-PDS-GSP-FR-012 Versión: 01
	Cronograma Mensual de Actividades Contratos o Convenios	Fecha de Aprobación:30/Octubre /2015

Secretaria	SALUD				
Dependencia	SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA		**Programación Mes o Periódo**	**Fecha Inicial de periodo:**	16 DE OCTUBRE DEL 2025
Área /Programa / Dimensión	ETV Y ZOONOSIS			**Fecha final de periodo:**	28 DE OCTUBRE DEL 2025
Contrato No.731-2025	**Nombre del Contratista**	KEYDY NATALI CASTILLO HERRERA		**Fecha de Inicio del Contrato**	19/SEPTIEMBRE/DEL 2025

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
			30 jornada de cancer choachi movilizacion	31	1
3	4 talleres en choachi taller 1 y 2	5 articulacion pic ubaque	6	7	8 movilizacion ubaque
1 10 taller en ubaque taller 3	1 11 taller en ubaque taller 5 y capacitacion	1 12 cartografia social ganco ubaque	1 13 taller en ubaque taller 4 y taller pedagogico	1 14	2 15
2 17	2 18	2 19	2 20	2 21	2 22
24	3 25	26	27		

Elaboró:	KEYDY NATALI CASTILLO HERRERA	**Aprobó**	
Perfil del Contratista	TRABAJADORA SOCIAL	**Cargo**	
Firma		**Firma**	

Gobernación de Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	Código: M-PDS-GSP-FR-012 Versión: 01
	Cronograma Mensual de Actividades Contratos o Convenios	Fecha de Aprobación:30/Octubre /2015

Secretaria	SALUD			
Dependencia	SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	Programación Mes o Periódo	Fecha Inicial de periodo:	01-nov-25
Área /Programa / Dimensión	ETV Y ZOONOSIS		Fecha final de periodo:	15-nov-25
Contrato No. 724-2025	Nombre del Contratista	Julian Andres Arrieta Martinez	Fecha de Inicio del Contrato	19/09/2025

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
		29	30 Taller con la comunidad presente en la jornada contra el cancer en el municipio de Choachi	31	1 Taller ludico pedagogico con el grupo de renta ciudadana en el salon parroquial del municipio de Fomeque
3 Visitas en la vereda de la margarita del municipio de Fomeque Seguimiento puestos de triatominos	4 Visitas en la vereda de la pastora, laderas del municipio de Fomeque	5 Visitas en la vereda de san lorenzo del municipio de Fomeque Seguimiento puestos de triatominos	6 Seguimiento puestos de triatominos Visitas en la vereda de la Resguardo bajo del municipio de Choachi	7 Articulacion con PIC munic municipio de Choachi Taller en el colegio ignacio pescado sede laureano en el municipio de Choachi Taller ludico pedagogico en el jardin infantil ignacio pescador del municipio de Choachi	8 Apoyo a la profesional de entomologia del laboratorio en la jornada de busqueda activa en el municipio de Choachi
11 Seguimiento puestos de triatominos Visitas en la vereda de la Resguardo bajo del municipio de Choachi	Taller con la comunidad de en el municipio de Fomequ 11 Articulacion con PIC municipal en el municipio de Fomeque Taller ludico pedagogico con los estudiantes de la escuela de lavadero del municipio de Fomeque	12 Taller con el grupode 702 del colegio IDEMAG en el municipio de Fomeque	13 Articulacion con PIC munic APS en el municipio de Fomeque Visitas en la vereda de la huerta del municipio de Fomeque	14 Seguimiento puestos de triatominos Visitas en la vereda de Guasa del municipio de Choachi	Seguimiento pues triatominos 15 Seguimiento puestos de triatominos - Labores administrativas (organización de actas y evidencias fotográficas)
27	28	29	30	31	

Elaboró:	Julian Andres Arrieta Martinez	**Aprobó**	DANIELA GAMBOA
Perfil del Contratista	Aux. ETV	**Cargo**	Coordinadora Salud Pública HSVPF
Firma		**Firma**	

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**Noviembre-2025**

INFORMACIÓN GENERAL	
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina	
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR	
Nombres y apellidos: Julian Andres Arrieta Martinez	Cargo: Auxiliar ETV
Correo electrónico institucional: andresarrietajulian@gmail.com	Teléfono: 3103330300
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO **(Solicitante o uno de los beneficiarios)**	
Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro) Comunidad del municipio de Fomeque y Choachi	
Nombre del beneficiario: N/A	Correo electrónico
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Fomeque y Choachi – Cundinamarca	
Número total de beneficiarios: 300 personas	
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)	
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca	
ACTIVIDADES REALIZADAS	
Se realizaron 150 visitas domiciliarias en el municipio de Fomeque las cuales fueron realizadas en las siguientes veredas: Margarita, La pastora, San lorenzo, Potrero Grande, La Huerta y Laderas y 150 en el municipio de Choachi las cuales fueron realizadas en las siguientes veredas: Resguardo bajo sector el pino y en Guasa. Estas visitas fueron realizadas en el marco del plan de certificación, la eliminación intradomiciliaria de la transmisión de T.	

cruzi por Rhodnius prolixus con el fin de caracterizar las condiciones de vida en que viven las personas de la zona de influencia. Se realizaron las encuestas por medio del formulario de ArcGis survey 123.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒SI ☐NO

Observaciones:

Se atienden las dudas e inquietudes de las personas con base a la enfermedad de chagas y cuáles son los métodos de prevención

Se Anexa planilla de asistencia

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 1

LUGAR:
Fomeque y Choachí

EVENTO:
Visitas domiciliarias

FOTO N° 6 de 6
Fecha de toma (Nov/2025):

PROVINCIA:
Fomeque y Choachí - Cundinamarca








Observaciones:

El desarrollo de la actividad fue muy bien aprovechada por la comunidad que estuvo presente, ya que la temática fue recibida y consolidada por cada persona siendo esto un factor de calidad de la reunión.

FECHA DE LA ASISTENCIA:	05/11/2025-07/11/2025

INFORMACIÓN GENERAL

Medio de Asistencia Técnica:

☐ Campo ☐ Virtual ☑ Oficina

DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD

DIRECCIÓN O ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR

Nombres y apellidos: Mayra Lucía Martínez Hernández	Cargo: Bacterióloga
Correo electrónico institucional:labfomeque@gmail.com	Teléfono: 3144151240

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO
(Solicitante o uno de los beneficiarios)

Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro)

Nombre del beneficiario: Estudiantes Colegio Ignacio Pescador, Sede Laureano Gómez.	Correo electrónico

Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Choachí Cundinamarca.

Número total de beneficiarios: 300 estudiantes

TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)

OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca

ACTIVIDADES REALIZADAS

El día 5 de noviembre de 2025, nos reunimos con el profesor Jorge Morera, coordinador de la sede Laureano Gómez del Colegio Ignacio Pescador, y la auxiliar Bibiana Rodríguez.

Durante el encuentro, se realizó la presentación del equipo y se socializó el objetivo del Programa Departamental de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis, con el fin de solicitar el apoyo de la institución educativa en el desarrollo de las acciones programadas dentro del plan de intervención.

La finalidad principal de la reunión fue gestionar un espacio institucional para llevar a cabo una jornada de sensibilización dirigida a los estudiantes, seguida de un tamizaje a los niños cuyos acudientes autoricen la toma de muestra.

El profesor Morera manifestó su total disposición para apoyar las actividades, ofreciendo un espacio el día 7 de noviembre de 2025 para realizar una charla o taller informativo. Asimismo, se

acordó la entrega de los consentimientos informados para que los padres o acudientes los diligenciaran, autorizando la participación de los menores en el proceso de tamizaje.

El 7 de noviembre de 2025, se realizó una presentación dirigida a los estudiantes de primaria sobre la Enfermedad de Chagas, contando con la participación del equipo municipal conformado por Julián Arrieta, Daniela Escobar, Ana María Romero y Bibiana Rodríguez.

Durante la actividad se socializó la importancia de reconocer el vector transmisor de la enfermedad (Rhodnius prolixus), la relevancia del tamizaje y la difusión de la información recibida hacia sus familias.
Igualmente, se indicó que, en caso de encontrar el vector, los estudiantes o sus familias deberían dirigirse al Centro de Salud de Choachí o, en su defecto, a la Alcaldía Municipal.

Finalmente, se acordó que los estudiantes informarían a sus padres sobre el consentimiento informado, con el propósito de realizar la toma de muestras los días 11 y 12 de noviembre de 2025.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☑ SI ☐ NO

Observaciones:

La actividad permitió fortalecer la gestión intersectorial entre el sector educativo, salud y administración municipal, contribuyendo a la implementación del Plan de Interrupción de la Transmisión Intradomiciliaria de la Enfermedad de Chagas.

Se Anexa planilla de asistencia

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 1
EVENTO: Reunión Coordinador Sede Laureano Gómez.
FOTO N° 1 de 4
Fecha de toma (05/11/2025):

LUGAR: Sede Laureano Gómez. Colegio Ignacio Pescador.

PROVINCIA: Choachí Cundinamarca



Observaciones:

Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca, municipio de Choachí colegio Ignacio Pescador. La reunión se desarrolló en un ambiente cordial y con disposición de apoyo por parte de la institución educativa.

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 2
EVENTO: Reunión Coordinador Sede Laureano Gómez.
LUGAR: Sede Laureano Gómez. Colegio Ignacio Pescador.

FOTO N° 2 de 4
PROVINCIA: Choachí Cundinamarca
Fecha de toma (07/11/2025):



Observaciones:

La reunión se desarrolló en un ambiente cordial y con disposición de apoyo por parte de la institución educativa.

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 3
EVENTO: Reunión Coordinador Sede Laureano Gómez.
FOTO N° 3 de 4
Fecha de toma (07/11/2025):

LUGAR: Sede Laureano Gómez. Colegio Ignacio Pescador.

PROVINCIA: Choachí Cundinamarca



Observaciones:

La reunión se desarrolló en un ambiente cordial y con disposición de apoyo por parte de la institución educativa.

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 3
EVENTO: Reunión Coordinador Sede Laureano Gómez.

LUGAR: Sede Laureano Gómez. Colegio Ignacio Pescador.

FOTO N° 4 de 4
Fecha de toma (07/11/2025):

PROVINCIA: Choachí Cundinamarca



Observaciones:

La reunión se desarrolló en un ambiente cordial y con disposición de apoyo por parte de la institución educativa.

Ignacio Pescador

Gobernación de Cundinamarca	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
Jorge Daniel Morera Ponera	Coordinador	IED Ignacio Pescador.	
Janeth Amparo Orjuela R	Docente	I.E.D. Ignacio Pescador	Janeth Orjuela R
Luis Miguel Ramirez	Docente	I.E.D. Ignacio Pescador	
Claudia Pilar Diaz Parolo	Docente	IED Ignacio Pescador	Claudia Pilar Diaz P.
Isabel Márquez	Docente	IED Ignacio Pescador	Isabel Márquez
Diana Maria Chaparro	Docente	IED Ignacio Pescador	
Bertha Inés Alayón T.	Docente	I.E.D Ignacio P.	
Andres Felipe Barbco F.	Docente	IED Ignacio P.	Andres Barbco
Luz Adriana Beltrán	Docente	I.E.D Ignacio P.	Adriana Beltrán
Linda Yenny Diaz Pardo	Docente	I.E.D. Ignacio Pescador	
Flor Marina Torres A	Docente	IED Ignacio Pescador	
cristian Orlando Garca	Docente.	IED. Ignacio Pescador	

Calle 21ª N° 70-10, Bogotá D.C., Colombia Teléfono: 4112025

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**30/10/2025**

INFORMACIÓN GENERAL

Medio de Asistencia Técnica:

☐ Campo ☑ Virtual ☐ Oficina

DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD

DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR

Nombres y apellidos: Mayra Lucía Martínez Hernández	Cargo: Bacterióloga
Correo electrónico institucional:labfomeque@gmail.com	Teléfono: 3144151240

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO
(Solicitante o uno de los beneficiarios)

Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro)

Nombre del beneficiario: COVE	Correo electrónico

Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Fómeque Cundinamarca

Número total de beneficiarios: 20 personas.

TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)

OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Socializar los eventos de interés en salud pública del municipio, analizar la situación epidemiológica actual con énfasis en los accidentes rábicos y la enfermedad de Chagas, y fortalecer las acciones intersectoriales de vigilancia, prevención y control lideradas por el grupo de ETV y Zoonosis en articulación con las diferentes instituciones participantes del COVE municipal.

ACTIVIDADES REALIZADAS

El Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) municipal, liderado por el epidemiólogo Emiliano Salinas, se llevó a cabo con la participación de los diferentes actores del sector salud y entidades relacionadas.

Durante la sesión, el epidemiólogo realizó una socialización de los eventos de interés en salud pública reportados en el municipio, destacando la alta incidencia de accidentes rábicos, siendo este el evento más notificado en el sistema SIVIGILA.

El grupo de ETV y Zoonosis presentó las acciones desarrolladas para el control y prevención de este evento, entre ellas las jornadas de vacunación antirrábica y actividades de sensibilización a

propietarios de caninos.

Se realizaron recomendaciones a los grupos que ejecutan visitas comunitarias para que incluyan en sus intervenciones mensajes sobre el cuidado, tenencia responsable y vacunación de los perros. Además, se recordó la ruta de atención ante mordeduras de perro, enfatizando la importancia de la notificación inmediata de estos eventos.

Durante la reunión también se resaltó la labor de sensibilización sobre la enfermedad de Chagas, destacando una mejor participación de la comunidad en las actividades del programa, lo que demuestra un avance en la percepción del riesgo y la colaboración ciudadana.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☑SI ☐NO

Observaciones:

- ✓ Se identificó que los accidentes rábicos continúan siendo el evento de mayor notificación en el municipio, lo cual requiere fortalecer las acciones de prevención y control intersectoriales.
- ✓ Se reafirmó la importancia del trabajo articulado entre las diferentes instituciones del sector salud, la administración municipal y los programas sociales para garantizar una respuesta oportuna ante los eventos de interés en salud pública.
- ✓ El compromiso de cada actor institucional será fundamental para el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y el seguimiento continuo de los casos priorizados.

Se Anexa certificación de las personas que se conectaron virtualmente.

Gobernación de Cundinamarca

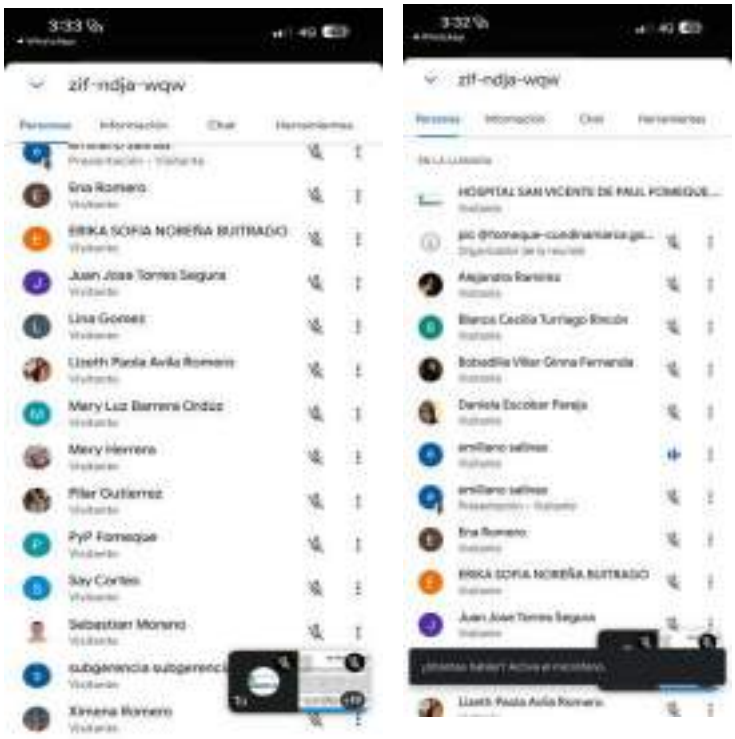
FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 3
EVENTO: COVE municipal

LUGAR: Alcaldía Municipal

FOTO N° 1
Fecha de toma (30/10/2025):

PROVINCIA: Fómeque Cundinamarca



Observaciones:

Socializar los eventos de interés en salud pública del municipio, analizar la situación epidemiológica actual con énfasis en los accidentes rábicos y la enfermedad de Chagas, y fortalecer las acciones intersectoriales de vigilancia, prevención y control lideradas por el grupo de ETV y Zoonosis en articulación con las diferentes instituciones participantes del COVE municipal.

Gobernación de Cundinamarca	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
	ACTA DE REUNIÓN	Versión 05
		Fecha de Aprobación: 11/09/24

ASISTENTES:

Cove. Fómeque.
30-10-2025

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
Alexandra Castillo G	Desarrollo Social	Alcaldía Fomeque	
Ana María Pinzón.			
Mery Herrera Cano	Gestora.	Hsvpf.	
Blanca C. Turriago R	Veedora	Veeduría	Blanca Rincón
Ana María Romero	Tecnico ETV	H.S.V.P.F	Ana maría R
Diana Milena Pinilla Cardenas	Coordinadora PIC	Alcaldía	Diana Pinilla.
Daniela Escobar. Pareja	Psicologa	HSVP Fómeque	

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**12/11/2025**

INFORMACIÓN GENERAL

Medio de Asistencia Técnica:

☐ Campo ☐ Virtual ☑ Oficina

DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD

DIRECCIÓN O ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR

Nombres y apellidos: Mayra Lucía Martínez Hernández	Cargo: Bacterióloga
Correo electrónico institucional: labfomeque@gmail.com	Teléfono: 3144151240

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO
(Solicitante o uno de los beneficiarios)

Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro)

Nombre del beneficiario: EAPBS Famisanar y Nueva EPS	Correo electrónico

Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Ubaque Cundinamarca.

Número total de beneficiarios: 2

TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)

OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca, mediante la socialización del programa de ETV y Zoonosis a las EAPBS presentes en el municipio de Ubaque.

ACTIVIDADES REALIZADAS

El día 12 de noviembre, se llevó a cabo una jornada de asistencia técnica y socialización de los lineamientos del Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis, dirigida a las representantes de las EPS presentes en el municipio de Ubaque: Luisa Villalobos (Famisanar) y Laura Rodríguez (Nueva EPS).

El objetivo principal de la actividad fue dar a conocer los protocolos actualizados del programa, con especial énfasis en la vigilancia, notificación, diagnóstico y manejo integral de la Enfermedad de Chagas, considerando su importancia para la salud pública y el rol estratégico que cumple el sector asegurador en la identificación temprana de casos.

Durante la socialización se destacaron aspectos clave de los lineamientos:

- La importancia de la notificación oportuna y completa de todos los casos sospechosos, probables o confirmados de Enfermedad de Chagas que sean identificados o que consulten en las oficinas de las EPS.
- La necesidad de garantizar el acceso al diagnóstico, confirmación y tratamiento según los protocolos establecidos por el programa de ETV y Zoonosis.
- El valor de la ubicación y seguimiento de los pacientes diagnosticados, lo cual permite realizar búsquedas activas comunitarias en su entorno familiar y comunitario, con el fin de identificar posibles nuevos casos y fortalecer las acciones de vigilancia entomológica.
- La importancia de la coordinación interinstitucional para reforzar la detección, la educación a la comunidad y las intervenciones de control del vector.

Las representantes de las EPS manifestaron disposición y compromiso frente a la información suministrada y reconocieron la relevancia de su rol dentro del proceso de vigilancia y control de las enfermedades transmitidas por vectores, especialmente la Enfermedad de Chagas.

Como acuerdo final, se estableció que todos los casos de pacientes del municipio de Ubaque con diagnóstico de Enfermedad de Chagas serán notificados directamente a la supervisora del programa de ETV y Zoonosis, garantizando así un flujo de información oportuno para la activación de las acciones de respuesta y seguimiento correspondientes.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☑ SI ☐ NO

Observaciones:

- Las EPS manifestaron **disposición y compromiso** para mejorar la notificación y el seguimiento de los casos, reconociendo la importancia de su rol en la detección temprana, el acceso al diagnóstico y el tratamiento oportuno.
- El acuerdo de notificar de manera directa a la supervisora del programa fortalecerá los **canales de comunicación** y facilitará la activación rápida de las intervenciones correspondientes, garantizando una respuesta más eficiente desde el programa de ETV y Zoonosis.

Se Anexa planilla de asistencia

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 4

LUGAR: Oficina de Famisanar y Nueva EPS

EVENTO: Socialización a las EAPBS

FOTO N° 1 de 2
Fecha de toma (12/11/2025):

PROVINCIA: Ubaque Cundinamarca



Observaciones:

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 4

LUGAR: Oficina de Famisanar y Nueva EPS

EVENTO: Socialización a las EAPBS

FOTO N° 2 de 2
Fecha de toma (12/11/2025):

PROVINCIA: Ubaque Cundinamarca



Observaciones:

Se acordó con las EAPBS informar a la supervisora del programa de ETV y Zoonosis cuando se encuentren pacientes con diagnostico de Enfermedad de Chagas.

Gobernación de Cundinamarca	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
Laura Camila Rodriguez	Asesora	Nueva Eps	Laura Rodriguez
Luisa Villalobos	Consultor integral	Famisanar	
Liz Day Blanco	Sac Alcaldia	Alcaldia Chocontá	

OBJETIVO DE LA REUNIÓN:	FECHA:	ACTA No.
Coordinar, de manera articulada con la entidad municipal, las IPS y las EAPB, la recepción y entrega de los resultados del tamizaje, garantizando el cumplimiento de la ruta de atención, la administración de medicamentos cuando sea necesario y el seguimiento oportuno de los pacientes	12-11-2025	03

LUGAR	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
Laboratorio Clínico de la ESE Hospital San Vicente de Paúl	10:00 AM	10:30 AM

ORDEN DEL DÍA

La planeación para la entrega de los resultados del tamizaje se está desarrollando de manera articulada entre la entidad municipal, las IPS y las EAPB, con el fin de garantizar un proceso organizado y oportuno. En esta fase inicial, se han definido los roles de cada actor y se ha establecido un cronograma que permita centralizar la recepción de los resultados y su verificación antes de la entrega a los usuarios. Asimismo, se están revisando los canales de comunicación más eficientes para asegurar que la información fluya sin retrasos entre las instituciones involucradas.

De igual manera, se está estructurando un protocolo unificado que oriente a todas las entidades sobre el procedimiento de entrega, priorizando la claridad en la información suministrada y la protección de los datos de los pacientes. Éste incluye las instrucciones para la notificación a los usuarios, los tiempos establecidos para informar los resultados y las rutas de derivación en caso de hallazgos que requieran atención inmediata. La estandarización de estos pasos busca minimizar errores y garantizar la continuidad adecuada del proceso de atención.

Finalmente, se está fortaleciendo el componente de seguimiento posterior a la entrega de resultados, especialmente para aquellos casos que resulten positivos y que requieren administración de medicamentos o valoración especializada. Para ello, se han previsto mecanismos de monitoreo y acompañamiento que permitan identificar barreras y asegurar la adherencia a la ruta de atención. Con este enfoque integral, la planeación se orienta a brindar un servicio eficiente, seguro y centrado en las necesidades de los pacientes.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Durante la reunión se inició con una revisión general del avance en el proceso de tamizaje y de la organización prevista para la entrega de los resultados. Se expuso las acciones desarrolladas desde la entidad municipal, destacando la importancia de mantener una comunicación constante entre todos los actores involucrados, comentando con la jefe Daniela Gamboa quien complementó la información, señalando los puntos críticos identificados en la fase de recepción de datos y la necesidad de fortalecer los tiempos de respuesta para garantizar una entrega oportuna. También se informó que se han enviado correos electrónicos solicitando los reportes de las muestras que ya fueron remitidas al Laboratorio de Salud Pública, y que actualmente se está a la espera de la respuesta por parte de dicha entidad.

Posteriormente, se revisaron los mecanismos establecidos para la articulación con el fin de unificar el procedimiento de entrega de resultados. Se discutieron aspectos operativos como la información y la asignación de responsables para la entrega de reportes en cada etapa del proceso. Las participantes coincidieron en la importancia de implementar un protocolo estándar que permita evitar retrasos y asegurar que cada paciente reciba la orientación correspondiente según su resultado. Además, se enfatizó en que, una vez se reciban los reportes solicitados, será posible avanzar en el análisis detallado de los resultados ya obtenidos y continuar con la articulación interinstitucional.

En la última parte de la reunión se abordó el tema del seguimiento clínico posterior a la entrega de los resultados. Se resaltó la necesidad de garantizar que los pacientes con hallazgos positivos accedan rápidamente a la atención requerida y, cuando sea necesario, a la administración de medicamentos. Se establecieron compromisos para fortalecer el monitoreo, mejorar la trazabilidad de los casos y realizar un cierre adecuado del proceso de tamizaje. Finalmente, se acordó programar un próximo encuentro para evaluar los avances, incluyendo la recepción de los reportes del laboratorio, y realizar los ajustes necesarios conforme a los compromisos adquiridos.

CONCLUSIONES

Se reconoce la importancia de mantener una articulación constante para garantizar la entrega oportuna y eficiente de los resultados del tamizaje. La coordinación interinstitucional es clave para que los pacientes reciban la información y la atención correspondiente sin retrasos.

Se destaca que se han enviado los correos electrónicos solicitando los reportes de las muestras remitidas al Laboratorio de Salud Pública y que, mientras se espera la respuesta, no es posible avanzar plenamente en el análisis y seguimiento de los resultados obtenidos. La recepción de esta información permitirá continuar con la articulación y mejorar el seguimiento de los pacientes.

Se acuerda la necesidad de implementar protocolos estandarizados para la entrega de

resultados, la administración de medicamentos en casos necesarios y el seguimiento clínico, asegurando la trazabilidad de los pacientes. Asimismo, se programará un próximo encuentro para revisar los avances, resolver posibles dificultades y ajustar los procedimientos según los compromisos adquiridos.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Entrega oportuna y eficaz de resultados	Durante el programa	Mayra Martínez
Diligenciamiento de base de datos clara	Durante el programa	Mayra Martínez
Seguimiento de solicitud y recepción de reportes	Durante el programa	Mayra Martínez

FICHA DE
REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 10
EVENTO: Socialización Entrega de Resultados
FOTO
N° 10
Fecha de toma (11/10/2025):

LUGAR: Laboratorio Clínico ESE Hospital San Vicente de Paúl

PROVINCIA:
Fómeque Cundinamarca



Observaciones:

Coordinar, de manera articulada con la entidad municipal, las IPS y las EAPB, la recepción y entrega de los resultados del tamizaje, garantizando el cumplimiento de la ruta de atención, la administración de medicamentos cuando sea necesario y el seguimiento oportuno de los pacientes.

Gobernación de Cundinamarca	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
Daniela Gamboa Almanza	coordinadora salud pública	HSVP-Fomeque	
Mayra Luciza Martinez H.	Bacteriologa	Hsvp fómeque	
Marcela Herrera	AUX: enfermeria	Hsvp Fomeque	Marcela Herrera



Powered by CamScanner

MUESTRO SERVICIO ES PENSANDO EN USTED

San Vicente de Paúl
FOMEQUE

Gobernación de Cundinamarca

LA SUBGERERENCIA CIENTIFICA EN CALIDAD DE SUPERVISORA DE LA CONCURRENCIA DE CHAGAS

CERTIFICA QUE:

En los municipios de Fomeque, Choachí y Ubaque, se llevan a cabo las acciones de la concurrencia de CHAGAS, donde se evidencia la actividad de:

"Realizar la fumigación para la promoción, prevención control y eliminación de vectores de importancia en salud pública, en situación de brotes, epidemias, presencia de casos, o por solicitud del supervisor del contrato, cumpliendo los requisitos técnicos, sanitarios y realizando el registro en ArcGIS Survey 123. Dicha actividad corresponderá a 23 encuestas larvarias domiciliarias para registro de la salud y prevención de los arbovirosis por cada día de trabajo y solo podrán apoyar dos (02) auxiliares exceptuando una contingencia."

Actividad que no se puede llevar a cabo en la tercera entrega ya que debido a que no se cuenta con los respectivos insumos. Cuando se tengan los insumos se iniciará con la actividad.

Dada a los quince (15) días del mes de noviembre 2025.

DANIELA GAMBOA ALMANSA
Coordinadora salud pública HSVPF

MAYRA LUCIA MARTÍNEZ
Coordinadora concurrencia Chagas

Gobernación de CUNDINAMARCA	**DIRECCION DE SALUD PUBLICA**	Código **A-GC-FR-017**
		Versión: 02
	INFORME DE ACTIVIDADES	Fecha de Aprobación: 24/Feb/2016

DIRECCIÓN: Salud Pública	**CONTRATO No. SS-CDCTI-708-2025**	**PERIODO DEL CONTRATO:**
		Fecha de Inicio: 19/09/2025
		Fecha de Terminación: 31/12/2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA: E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** TRES (3) MESES Y DOCE (12) DIAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DANIELA GAMBOA		**PERIODO DEL INFORME** Del 01 de noviembre de 2025 – al 15 de noviembre 2025
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ETV-ZOONOSIS, PARA APOYAR LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ETV Y ZOONOSIS PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, ATENCIÓN Y CONTROL, ACORDE A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES EN LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN INTRADOMICILIARIA DE TRIPANOSOMA CRUZI POR RHODNIUS PROLIXUS EN MUNICIPIOS A CERTIFICAR, RECERTIFICAR Y VIGILAR ACORDE A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS ESTABLECIDOS TANTO A NIVEL NACIONAL COMO DEPARTAMENTAL EN EL MUNICIPIO DE FOMEQUE, CHOACHI Y UBAQUE , DE ACUERDO AL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO SS-CDCTI-708-2025, A TRAVES DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE.		

OBLIGACIONES ESPECIFICAS, ACTIVIDADES Y PRODUCTOS DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES (Las estipuladas como especificas en la minuta del contrato)	**ACTIVIDADES** (Desarrolladas en el mes referente a la obligación)	**PRODUCTOS** (Con respecto a la actividad desarrollada.)
1-Realizar articulación con PIC municipal, APS, Equipo ETV Departamental en aras de sectorizar las acciones y dar cobertura al 100 % del municipio.	Para la tercera entrega no se logró articular con ETV Departamental ni APS	No se desarrolló esta actividad en el periodo reportado. (Certificado)
2-Realizar la articulación mensual de los planes de promoción, prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis Departamentales, junto al representante o coordinador PIC de cada municipio asignado	Se realizo articulación con PIC municipal el día 05 de noviembre de 9:30 am 10:00am en la Alcaldía Municipal de Ubaque.	Se entrega 1 acta de reunión, 1 registro fotográfico y 1 registro de asistencia.
3-Apoyar el desarrollo de acciones de promoción, prevención, control y eliminación de la salud relacionadas con ETV y zoonosis en el municipio asignado mensualmente, mediante la ejecución de 4 talleres educativos aplicados en los diferentes entornos definidos por el lineamiento MSPS, enviando de forma magnética las evidencias correspondientes al Drive asignado y reportados a través del ArcGIS Survey123, (cada taller en diferentes entornos).	Se realizo dos (2) talleres educativos en el municipio de UBAQUE el cual fueron de la siguiente manera: 1. Taller educativo con familias de la vereda Romero Bajo y Centro Afuera el día 27 de octubre de 8:00 am a 5:00 pm con una asistencia de 6 mujeres y 4 hombres para un total de 10 personas. 2. Taller con el grupo de Concejo municipal de Ubaque el día 10 de noviembre a las 04:00am a 04:30 am con una asistencia de 1 mujer y 9 hombres para un total de 10 personas. Se realizo dos (2) talleres educativos en el municipio de CHOACHI el cual fueron de la siguiente manera: 1. Taller Comunitario en el parque principal de Choachí en la jornada de cáncer el día 30 de	Se entrega 4 actas, 4 listados de asistencia y 4 formatos de evidencia fotográfica.

	octubre de 10:00 am a 12:00 am con una asistencia de 9 mujeres y 1 hombre para un total 10 personas. 2. Taller con los integrantes de la vereda Rio Blanco el día 10 de noviembre de 8:00 am a 4:00 pm con una participación de 7 mujeres y 6 hombres para un total de 13 personas.	
4-Realizar una (3) jornada lúdico pedagógica mensual, para la promoción, prevención, control y eliminación de las ETV-Zoonosis Chagas en el municipio o área de influencia.	1-Se realizo una (1) jornada lúdico pedagógicas en el municipio de UBAQUE el cual se ejecutó de la siguiente manera: • En el geriátrico del municipio de Ubaque se llevó a cabo una jornada lúdica con los abuelitos el día 05 de noviembre 4:00pm a 4:30 pm con una participación de 7 mujeres y 6 hombre para un total 13 personas. 2-Se realizo dos (2) jornadas lúdico pedagógicas en el municipio de CHOACHI el cual se ejecutó de la siguiente manera: • En el parque principal se llevó a cabo una jornada de salud para los Niños el cual se realizó pinturitas ya que era el mes de ellos el día 24 de octubre a LAS 1:00 pm a 3:00 pm, con una participación de 8 mujeres y 3 hombres para un total de 11 personas. • Integrantes de la escuela de formación de Coro de adulto en el edificio del Sena el día 04 de noviembre en el municipio de Choachí con una participación de 6 mujeres y 4 hombre para un total de 10 participantes.	Se entrega 3 actas, 3 listados de asistencia y 3 formatos de evidencia fotográfica.

5-Apoyar a los profesionales del área de entomología del Laboratorio de Salud Pública Departamental, en la remisión del material entomológico obtenido en los Puestos de Recolección de Triatominos Comunitarios o el capturado mensualmente en los depósitos de agua durante las actividades de promoción, prevención, control y eliminación casa a casa rutinarias, la cual debe coincidir con la información registrada en el formulario diseñado para la actividad en ArcGIS Survey123.	Para la tercera entrega no se envió material entomológico por parte del municipio de Ubaque ni Choachí.	No se desarrolló esta actividad en el periodo reportado. (Certificado)
6-Realizar mínimo 300 encuestas domiciliarias para el registro de factores de riesgo y búsqueda activa de Triatominos, promoción, prevención, control y eliminación de la salud y prevención de la Enfermedad de Chagas, en los municipios indicados mensualmente por el supervisor del contrato. Cada encuesta deberá ser registrada en la vivienda correspondiente a través del formulario diseñado para ArcGis Survey 123.	• Se realizo 150 encuestas domiciliarias en el municipio de UBAQUE en las veredas de Ganco, Rio Negro y Cacique • Se realizo 150 visitas domiciliarias en el municipio de CHOACHÍ en la vereda de Resguardo Bajo sector alto de la cruz y Rio Blanco.	Se diligencio en el aplicativo de ArcGIS Survey123.
7-Realizar la fumigación para la promoción, prevención, control y eliminación de vectores de importancia en salud pública, en situación de brotes, epidemias, presencia de casos, o por solicitud del supervisor del contrato, cumpliendo los requisitos técnicos, sanitarios y realizando el registro en ArcGIS Survey123. Dicha actividad corresponderá a 23 encuestas larvarias domiciliares para registro de factores de riesgo, promoción de la salud y prevención de las arbovirosis por cada día de trabajo y solo podrán apoyar dos (02) auxiliares exceptuando una contingencia. .	Para la tercera entrega no se realizó fumigación en el municipio de Ubaque ni Choachí.	No se desarrolló esta actividad en el periodo reportado. (Certificado)
8-Apoyar al programa ETV y Zoonosis de la secretaria de salud de Cundinamarca, en el marco de las posibles contingencias relacionadas con las ETV- Zoonosis en todos los municipios inmersos en la concurrencia.	Para la tercera entrega no se apoyó al programa ETV Y Zoonosis de la secretaria de salud de Cundinamarca en el municipio de Choachí ni Ubaque.	No se desarrolló esta actividad en el periodo reportado. (Certificado)
9-Apoyar al programa ETV y Zoonosis de la secretaria de salud de Cundinamarca, en el marco de las posibles contingencias relacionadas con las ETV- Zoonosis en todos los municipios inmersos en la concurrencia.	Para la tercera entrega no se realizó fumigación en el municipio de Ubaque ni Choachí.	No se desarrolló esta actividad en el periodo reportado. (Certificado)
10-Apoyar las acciones enmarcadas en el plan de interrupción de la transmisión intradomiciliar de Tripanosoma cruzi por Rhodnius prolixus en municipios priorizados, tales como establecimiento, actualización y/o seguimiento a los Puestos de Recolección de Triatominos Comunitarios (PRTC) a través del formulario diseñado en ArcGis Survey123, u otras según directrices del supervisor del contrato.	• Se realizo seguimiento y actualización de datos de los Puestos de Triatominos Comunitarios (PRTC) en el municipio de Ubaque Cundinamarca a través del formulario diseñado en ArcGIS Survey123, en las veredas de CENTRO	Se diligencio en el aplicativo de ArcGIS Survey123.

	FUERA- FSTEGA-GANCO-MOLINO-PIC MUNICIPAL-RIO NEGRO-ROMERO BAJO-SAN AGUSTÍN. • Se realizo seguimiento y actualización de datos de los Puestos de Triatominos Comunitarios (PRTC) en el municipio de Choachí Cundinamarca a través del formulario diseñado en ArcGIS Survey123, en las veredas de QUIZA-FERRALARADA-MAZA-MAZA Y RIO BLANCO	
11-Hacer entrega al supervisor del contrato de un informe mensual y final según formato establecido y línea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud publica correspondientes a las actividades desarrolladas en el periodo, en cumplimiento del objeto contractual y los soportes respectivos en medio magnético como soporte para el trámite de cuentas de cobro, que incluya: bases de datos, archivos digitales y demás evidencias documentales que den cuenta de la totalidad de productos relacionados con el objeto del contrato y línea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud pública.	Se realizo un informe final de cada una de las actividades desarrolladas en el tercer corte de los municipios de Ubaque y Choachí dando cumplimiento con el producto relacionado con el objeto del contrato.	Se entrega informe correspondiente al primer corte.
CONTRATISTA	FIRMA: Angie Natalia Mendez NOMBRES Y APELLIDOS: Angie Natalia Méndez Arias NUMERO DE CEDULA:1071631670	

Gobernación de CUNDINAMARCA	DIRECCION DE SALUD PUBLICA	Código A-GC-FR-017
		Versión : 02
	INFORME DE ACTIVIDADES	Fecha de Aprobación: 24/Feb/2016

DIRECCIÓN: Salud Pública	CONTRATO No. 730	PERIODO DEL CONTRATO: Fecha de Inicio: 19/09/2025 Fecha de Terminación: **31/12/2025**
NOMBRE DEL CONTRATISTA: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FOMEQUE		PLAZO DE EJECUCIÓN: 5 meses
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDRES ENRIQUE SANCHEZ DIAZ		PERIODO DEL INFORME: Del 29 de octubre de 2025 – al 15 de noviembre 2025
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO PSICÓLOGA, PARA APOYAR LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ETV Y ZOONOSIS EN LOS MUNICIPIOS DE FÓMEQUE , CHOACHÍ Y UBAQUE DE ACUERDO AL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO SS-CDCTI-708-2025, A TRAVÉS DE ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE		

OBLIGACIONES ESPECIFICAS, ACTIVIDADES Y PRODUCTOS DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES (Las estipuladas como especificas en la minuta del contrato)	**ACTIVIDADES** (Desarrolladas en el mes referente a la obligación)	**PRODUCTOS** (Con respecto a la actividad desarrollada.)
1. Realizar reunión de articulación de los planes de promoción, prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis Departamentales, junto al representante o coordinador PIC de cada municipio asignado, equipo básico territorial (APS) para la gestión de casos especiales identificados relacionados a las ETV-zoonosis de manera mensual.	se realizó 2 articulaciones con los coordinadores de PIC de los municipios de Fómeque y Choachí, con el fin de articular actividades relacionadas con salud para realizar actividades del programa de Chagas.	Se entrega 2 actas, 2 listados de asistencia y 2 formatos de fotografía por otro lado.
2.Realizar acciones de promoción de la salud y prevención, control y eliminación de las ETV, de manera mensual en los municipios asignados, mediante la ejecución de 5 talleres educativos aplicados en los diferentes entornos (Educativo, hogar, comunitario, laboral, institucional, etc) definidos por el lineamiento MSPS, enviando de forma magnética las evidencias correspondientes para su	se realizó 5 talleres educativos enfocados en las clases de enfermedades de ETV y zoonosis en los municipios de ubaque y Choachí, enfocado con los siguientes grupos de población	Se entregan 5 actas, 5 listados de asistencia y 5 formatos de fotografía Por último, se subió los talleres ejecutados durante el periodo al aplicativo ARCGIS SURVEY 123

Scanned with CamScanner

posterior consolidación en el ArcGis Survey123, (cada taller en diferentes entornos)		
3. Realizar articuladamente una (2) movilización social mensual en su área de influencia, haciendo énfasis en la enfermedad de Chagas.	Se realizo dos movilizaciones en los municipios de FÓMEQUE Y CHOACHI en los siguientes espacios:	se entrega, 2 listado de asistencia y 2 informe técnico y 2 formato de fotografia
4. Realizar diagnóstico social con su cartografía social, seguimiento mensual y evaluación final de los municipios asignados por la concurrencia, realizando articulación y socialización con autoridades locales y/o con la comunidad de barrio y/o vereda determinado e intervenido, teniendo en cuenta las acciones del plan de interrupción de la transmisión intradomiciliaria de Enfermedad de Chagas por Rhodnius prolixus, la cual facilite el análisis de la situación de cada uno de los municipios inmersos en la concurrencia.	Se realizo la primera fase de la implementación de la cartografía social en el municipio de ubaque en la vereda de LA MOYA DE FOMEQUE	se entrega un informe de asistencia técnica, un registro fotográfico, un registro de asistencia y un documento técnico
5. Realizar participación activa con la comunidad, autoridades locales, miembros de las instituciones educativas y organizaciones sociales, la información relacionada con la participación social para el cambio conductual en la promoción, prevención, vigilancia, inspección, control y eliminación de las ETV y las enfermedades zoonóticas a través de jornadas de capacitación, COVECOM u otros espacios municipales establecidos (1 sesión mensual por cada municipio asignado)	Se asiste a Comité de vigilancia epidemiológica (COVE) en el municipio de FÓMEQUE el cual se encontraba la mayor parte de participación virtual y fue certificado por a secretaria de desarrollo social y la coordinadora PIC teniendo en cuenta que la programación del COVE DE CHOACHI fue cancelado el 30 de octubre por la movilización, dentro del periodo establecido no se pudo realizar , se presenta certificado correspondiente	Se hace entrega de 1 acta de reunión de Fómeque , registro fotográfico y lista de asistencia de la secretaria de desarrollo social y los presente, ademas se anexa certificado de la reunión conector de choachi al no poderse llevar acabo porque fue reprogramada

Scanned with CamScanner

6. Crear 1 estrategia lúdico pedagógico y realizar la implementación en el municipio elegido para dicha acción y evaluación final, para la implementación de acciones de participación social para el cambio conductual en la promoción, vigilancia inspección y control de las ETV y enfermedades zoonóticas, como parte del diagnóstico social encaminado a fortalecer acciones del plan de interrupción de la transmisión intradomiciliaria de Enfermedad de Chagas por Rhodnius prolixus.	Se realiza la estrategia lúdico pedagógico en el municipio de choachi con la IED IGNACIO PESCADOR Cundinamarca con los participantes de la mesa de participación de NNA de las escuelas de formación del municipio	se entrega un informe de asistencia técnica, un registro fotográfico, un registro de asistencia y un documento técnico
7. Apoyar al programa ETV y Zoonosis de la secretaria de salud de Cundinamarca, en el marco de las posibles contingencias relacionadas con las ETV-Zoonosis en todos los municipios inmersos en la concurrencia.	dentro del corte de ejecución no se realizó dicha actividad por lo tanto se entrega Certificado expedido por la coordinadora de la concurrencia	Certificado
8. Hacer entrega al supervisor del contrato de un informe mensual y final según formato establecido y línea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud publica correspondientes a las actividades desarrolladas en el periodo, en cumplimiento del objeto contractual y los soportes respectivos en medio magnético como soporte para el trámite de cuentas de cobro, que incluya: bases de datos, archivos digitales y demás evidencias documentales que den cuenta de la totalidad de productos relacionados con el objeto del contrato y línea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud pública.	se realiza la entrega de informe del corte a la líder y coordinadora de la concurrencia, se realiza la entrega por medio digital con las respectivas evidencias de cada actividad	Se entrega un informe que corresponde al corte
9.Realizar capacitación al talento humano de Hospitales y municipios sobre la prevención y el manejo de la enfermedad de Chagas, a través de campañas de movilización social Inter barrios, ferias de servicios, entre otras, la cuales serán concertadas con las autoridades municipales	Se realiza capacitación sobre el manejo de las enfermedades de Chagas, con los funcionarios DE LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE FOMEQUE	Se entrega 1 acta de reunión, 1 registros fotográficos y 1 registros de asistencia

Scanned with CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA	DIRECCION DE SALUD PUBLICA	Código [illegible]
		Versión 02
	INFORME DE ACTIVIDADES	Fecha de Aprobación 24/Feb/2018

CONTRATISTA	FIRMA
	NOMBRES Y APELLIDOS: DANIELA ESCOBAR PAREJA
	NUMERO DE CEDULA: 1020824757

Scanned with CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA	**DIRECCION DE SALUD PUBLICA**	Código **A-GC-FR-017**
		Versión : 02
	INFORME DE ACTIVIDADES	Fecha de Aprobación: 24/Feb/2016

DIRECCIÓN: Salud Pública	**CONTRATO No. SS-CD-CI-708-2025**	**PERIODO DEL CONTRATO:**
		Fecha de Inicio: 19-09-2025
		Fecha de Terminación: 31-12-2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JULIAN ANDRES ARRIETA MARTINEZ		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** TRES (3) MESES Y DOCE (12) DIAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DANIELA GAMBOA ALMANSA		**PERIODO DEL INFORME:** Del 19 de septiembre de 2025 – al 15 de octubre 2025
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ETV-ZOONOSIS, PARA APOYAR LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ETV Y ZOONOSIS EN LOS MUNICIPIOS DE FOMEQUE, CHOACHI Y UBAQUE, DE ACUERDO AL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO SS-CDCTI-708-2025, A TRAVES DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE.		

OBLIGACIONES ESPECIFICAS, ACTIVIDADES Y PRODUCTOS DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES (Las estipuladas como especificas en la minuta del contrato)	**ACTIVIDADES** (Desarrolladas en el mes referente a la obligación)	**PRODUCTOS** (Con respecto a la actividad desarrollada.)
1. Realizar articulación con PIC municipal, APS, Equipo ETV Departamental en aras de sectorizar las acciones y dar cobertura al 100 % del municipio	Se realizó una articulación con el equipo APS y PIC municipal de Fomeque el día 13/11/2025 con el fin de exponer detalladamente cómo se estaban desarrollando las actividades de la coordinación de salud pública y cuál había sido la respuesta y nivel de participación de la comunidad en el territorio. Posteriormente, se revisó el cumplimiento de las metas propuestas, identificando si se estaban alcanzando los objetivos establecidos y qué metodologías se estaban implementando para garantizar una ejecución del 100%. Finalmente, se consolidó la información más relevante aportada por cada equipo, con el fin de identificar y mantener presentes las áreas prioritarias relacionadas con la enfermedad de Chagas	1 acta, 1 listado de asistencia y registro fotográfico
2. Realizar la articulación mensual de los planes de promoción, prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis Departamentales, junto al representante o coordinador PIC de cada municipio asignado	Se realizó una articulación con la coordinadora del PIC del municipio de Choachi el día 07/11/2025, en la cual se dio la información sobre las actividades realizadas en el municipio, entre ellas la ejecución de talleres y jornadas lúdico-pedagógicas dirigidas a la comunidad. Dentro de estas intervenciones se mencionó la sesión realizada con la población reunida en el Jardín Infantil Ignacio Pescador, así como dos talleres desarrollados: uno en la escuela sede El Laureano y otro durante la movilización contra el cáncer en el municipio de Choachí. Estas acciones han permitido ampliar la cobertura del programa de concurrencia de Chagas y fortalecer los procesos de	1 acta, 1 listado de asistencia y registro fotográfico

	educación y prevención en la población. Con la articulación de las actividades ejecutadas en el municipio de Choachí, Cundinamarca, en el marco del trabajo realizado por los auxiliares de ETV, se informó a la coordinadora del PIC que se han visitado las veredas Resguardo Bajo – sector El Pino y Guaza, donde se aplicaron 150 encuestas domiciliarias. Estas intervenciones han permitido abarcar una parte importante del territorio, brindando a las familias conocimientos básicos relacionados con la enfermedad de Chagas y fortaleciendo los procesos de prevención en la comunidad. También se realizo una articulación con la coordinadora del PIC del municipio de Fomeque el día 11/11/2025, en la cual se dio la información de las actividades desarrolladas en el municipio durante el periodo correspondiente. Se informó que, para la tercera entrega, se ejecutaron dos jornadas lúdico-pedagógicas: una con la escuela del sector Lavadero y otra dirigida a la comunidad beneficiaria de la Renta Ciudadana en el salón parroquial. Asimismo, se realizó un taller con la comunidad rural del sector 6 y otro con los estudiantes del grado 702 del Colegio IDEMAG. Seguidamente, se socializó que se efectuaron visitas a las veredas La Huerta, Laderas, Margarita, La Pastora, Potrero Grande y San Lorenzo, donde se llevaron a cabo visitas domiciliarias orientadas a la búsqueda activa del triatomino y a la verificación de posibles factores de riesgo asociados a la enfermedad de Chagas. Estas acciones permitieron identificar condiciones relevantes en el territorio y fortalecer la vigilancia entomológica en las zonas intervenidas	
3. Apoyar el desarrollo de acciones de promoción y prevención de la salud relacionada con ETV y zoonosis en el municipio asignado mensualmente, mediante la ejecución de 4 talleres educativos aplicados en los diferentes entornos definidos por el lineamiento MSPS, enviando de forma magnética las evidencias correspondientes al Drive asignado y reportados a través del ArcGis Survey123.	En función del cumplimiento de esta obligación, se realizó un taller con la comunidad del sector 6 el día 11/11/2025 y el otro taller con los estudiantes del curso 702 del colegio IDEMAG el día 12/11/2025 en el municipio de Fomeque. De igual manera se realizó un taller en la jornada contra el cáncer el día 30/10/2025	4 actas, 4 listados de asistencia y registro fotográfico de cada taller.

	y el otro taller con los niños de la escuela Ignacio pescador sede Laureano el día 07/11/2025 en el municipio de Choachí; donde se hizo la explicación de que el Chagas es una enfermedad que afecta la salud en las personas que son picadas por el insecto trasmisor y que además las personas pueden adquirir la enfermedad bien sea por comer alimentos infectados con el parasito que trasmite la enfermedad o por que una mujer este en embarazo y tenga la enfermedad, ya que ésta le puede trasmitir la enfermedad al hijo en el vientre. Dada la presentación y la explicación, se brindó la información pertinente de que los insectos triatominos son una especie en la cadena animal que pueden trasmitir la enfermedad de Chagas y que dado a esto se deben realizar prevenciones de las condiciones de cada hábitat. En la zona estos insectos se conocen como pitos o chinches y se albergan más que todo en zonas inferiores a 2.200 m.s.n.m. Se les informo que si se llega a ver la presencia del triatomino en las viviendas se debe dar aviso a los técnicos de saneamiento ambiental para realizar una inspección y determinar si se debe realizar una fumigación en esa área. De igual forma se debe realizar una captura del triatomino o del insecto y este es llevado al hospital para posteriormente ser enviado al laboratorio de salud pública y determinar si es positivo o negativo para la enfermedad de Chagas. De igual forma se hace el reporte correspondiente a través del ArcGis Survey 123.	
4. Realizar una (3) jornada lúdico-pedagógica mensual, para la prevención y control de las ETV-Zoonosis Chagas en el municipio o área de influencia.	Se realizaron las acciones pedagógicas en la escuela rural del Lavadero el día 11/11/2025 y en el salón parroquial el día 02/11/2025 en el municipio de Fomeque y en el municipio de Choachí se realizó la intervención con los niños del jardín infantil del Ignacio pescador el día 07/11/2025, en estos espacios se tocaron temas relacionados a la enfermedad de Chagas, Se explica las actividades a realizar en el municipio informando que se va a estar realizando visitas a las viviendas por parte del auxiliar ETV, donde se realizarán:	3 actas, 3 listados de asistencia y registro fotográfico de cada actividad.

	Encuesta integral de identificación y caracterización de viviendas con presencia de focos que promuevan la presencia del vector de Chagas. Se brinda educación a los niños abordados sobre las generalidades de la enfermedad de Chagas. Se informa a la comunidad que se llevará a cabo la toma de muestra a la población de 10 meses a 5 años. De igual forma se realiza una actividad con los niños por medio de una sopa de letras, coloreo de un pito didáctico y también de una selección múltiple del insecto triatomino y así lograr una mayor adherencia de la identificación del insecto	
5. Apoyar a los profesionales del área de entomología del Laboratorio de Salud Pública Departamental, en la remisión del material entomológico obtenido en los Puestos de Recolección de Triatominos Comunitarios o el capturado mensualmente en los depósitos de agua durante las actividades de promoción y prevención casa a casa rutinarias, la cual debe coincidir con la información registrada en el formulario diseñado para la actividad en ArcGis Survey123	Para la tercera entrega no se envió material entomológico por parte del municipio de Choachí.	No se desarrollo esta actividad en el periodo reportado
6. Realizar mínimo 300 encuestas domiciliarias para el registro de factores de riesgo y búsqueda activa de Triatominos, promoción de la salud y prevención de la Enfermedad de Chagas, en los municipios indicados mensualmente por el supervisor del contrato. Cada encuesta deberá ser registrada en la vivienda correspondiente a través del formulario diseñado para ArcGis Survey 123.	Se realizaron 150 visitas domiciliarias en el municipio de Fómeque y 150 en el municipio de Choachí en el marco del plan de certificación, la eliminación intradomiciliaria de la transmisión de T. cruzi por Rhodnius prolixus con el fin de caracterizar las condiciones de vida en que viven las personas de la zona de influencia. Se realizaron las encuestas por medio del formulario de ArcGis survey 123.	Diligenciamiento de 300 encuestas
7. Realizar la fumigación para el control de vectores de importancia en salud pública, en situación de brotes, epidemias, presencia de casos, o por solicitud del supervisor del contrato, cumpliendo los requisitos técnicos, sanitarios y realizando el registro en ArGis Survey123. Dicha actividad corresponderá a 23 encuestas larvarias domiciliares para registro de factores de riesgo, promoción de la salud y prevención de las arbovirosis por cada día de trabajo y solo podrán apoyar dos (02) auxiliares exceptuando una contingencia	Para la tercera entrega no se realizó fumigación en el municipio de Choachí.	No se desarrolló esta actividad en el periodo reportado
8. Apoyar al programa ETV y Zoonosis de la secretaria de salud de Cundinamarca, en el marco de las posibles contingencias relacionadas con las ETV- Zoonosis en todos los municipios inmersos en la concurrencia.	Se realizo búsqueda activa en el municipio de Choachí el día 08/11/2025 junto a la entomóloga del laboratorio de Cundinamarca y la líder de coordinación Pic.	1 acta, 1 listado de asistencia y registro fotográfico

9. Apoyar semanalmente la búsqueda de casos de ETV y zoonosis, reportados en las instituciones prestadoras de servicios de salud y/o IPS del municipio asignado.	Para la tercera entrega no se tuvieron reportes de las IPS en el municipio de Choachí.	Acta y fichas de notificación recolectadas
10. Apoyar las acciones enmarcadas en el plan de interrupción de la transmisión intradomiciliar de Tripanosoma cruzi por Rhodnius prolixus en municipios priorizados, tales como establecimiento, actualización y/o seguimiento a los Puestos de Recolección de Triatominos Comunitarios (PRTC) a través del formulario diseñado en ArcGis Survey123, u otras según directrices del supervisor del contrato.	Se realiza el seguimiento a los puestos de recolección de triatominos del municipio de Fómeque, los cuales están distribuidos en 21 veredas del municipio de Fomeque. A cargo del auxiliar Julian Arrieta se realizó el seguimiento en las siguientes veredas: Margarita, La Unión, Coasavista, Susa, Carrizal, Salitre, La Huerta, Gramal, Coacha, Potrero grande, Rio blanco, La pastora, Rio negro, Hato viejo, Guachavita, Ucuatoque, Resguardo, Ponta, Lavadero, El tablón y Guane. Y en el municipio de Choachi Se realiza el seguimiento a los puestos de recolección de triatominos del municipio de Choachi, los cuales están distribuidos en 11 veredas del municipio. A cargo del auxiliar Julian Arrieta están 6 PRTC los cuales están en las siguientes veredas: Rio Blanco, Resguardo Bajo, Chivate, Coordinador Pic, El Hato Y La Llanada. Se acuerda continuar con los avisos a la comunidad al momento de la captura de un triatomino, indicando que contamos con un puesto de recolección en el Hospital San Vicente de Paul de Fómeque. Dichas visitas muestran un balance positivo al no tener reportes de la llegada del vector y no hay reportes recientes de la presencia del mismo	Diligenciamiento aplicativo Survey 123
11. Hacer entrega al supervisor del contrato de un informe mensual y final según formato establecido y línea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud publica correspondientes a las actividades desarrolladas en el periodo, en cumplimiento del objeto contractual y los soportes respectivos en medio magnético como soporte para el trámite de cuentas de cobro, que incluya: bases de datos, archivos digitales y demás evidencias documentales que den cuenta de la totalidad de productos relacionados con el objeto del contrato y linea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud pública.	En virtud del cumplimiento de esta obligación se entrega el presente documento mediante el cual se rinde informe y análisis de las actividades realizadas y se elabora el documento que pide esta obligación.	Informe mensual
CONTRATISTA	FIRMA: 	

Gobernación de CUNDINAMARCA	**DIRECCION DE SALUD PUBLICA**	Código **A-GC-FR-017**
		Versión : 02
	INFORME DE ACTIVIDADES	Fecha de Aprobación: 24/Feb/2016

	NOMBRES Y APELLIDOS: JULIAN ANDRES ARRIETA MARTINEZ
	NUMERO DE CEDULA: 1121961576

INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA

DIRECCIÓN: SALUD PUBLICA	**CONTRATO No.** SS-CDCTI-726- 2024	**PERIODO DEL CONTRATO:** **FECHA DE INICIO: 10/09/2025** **FECHA DE TERMINACIÓN: 31/12/2025**
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ANA MARIA ROMERO MARTINEZ		**PLAZO DE EJECUCIÓN: HASTA EL 31/12/2024**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: MAYRA MARTINEZ		**PERÍODO DEL INFORME: NOVIEMBRE 2025**
OBJETO Apoyar la ejecución de acciones del programa departamental de ETV y Zoonosis para la prevención, promoción, atención y control, acorde a los lineamientos nacionales en la Interrupción de la transmisión intradomiciliaria de Tripanosoma cruzi por Rhodnius prolixus en municipios a certificar, recertificar y vigilar acorde a los lineamientos técnicos y operativos establecidos tanto a nivel nacional como departamental mediante la ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE.		

1. DESCRIPCION DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

ACTIVIDADES TÉCNICO SANEAMIENTO-FOMEQUE-CHOACHI-UBAQUE

OBLIGACION ESPECÍFICA	ACTIVIDAD	PRODUCTO A ENTREGAR
Mantener actualizada la matriz de seguimiento de animal agresor, según el protocolo de ruta integral de atención al paciente agredido por animal potencialmente transmisor de la rabia actualizando mes a mes la matriz digital establecida por el profesional.	Realizó 1 articulación con la persona encargada de sivigila del Hospital San Vicente de Fomeque con los reportes respectivos cargados al aplicativo Sivigila	Matriz Excel SAA
Apoyar las investigaciones epidemiológicas de campo relacionadas con ETV y zoonosis en el área asignada según la necesidad del territorio o por directriz del supervisor de contrato, con el fin de minimizar el riesgo de estas enfermedades, a través de la digitación del aplicativo como búsqueda activa comunitaria (BAC).	Realizó 1 articulacion técnica con las coordinadoras Pic del municipio de Choachi, donde aun no se reportan casos	Certificación 1 acta de articulación. Registros fotográficos Registro de Asistencia
Apoyo a la toma de muestra de vigilancia activa de las enfermedades de rabia y Leishmaniasis de acuerdo con las normas técnicas y procedimientos establecidos para el procedimiento integral desde la identificación del animal, toma de muestras, embalaje, transporte y custodia de los mismos, de acuerdo a los factores de riesgo.	Durante el periodo reportado no se remitió material entomológico al Laboratorio de Salud Pública. No obstante, se realizó una reunión de articulación con el equipo del PIC Municipal, en la cual se recordó el procedimiento para el reporte inmediato en caso de encontrar animales muertos o sospechosos, con el fin de garantizar una respuesta oportuna y el cumplimiento de los protocolos de vigilancia establecidos.	Certificación 1 acta de articulación. Registros fotográficos Registro de Asistencia

Apoyar el cumplimiento de la programación en el proceso de vacunación antirrábica de perros y gatos, con el fin de evitar casos de rabia humana en el Departamento, de acuerdo a los censos de animales de compañía.	Realizar articulación en los municipios para brindar apoyo en la inmunización y aplicación de las vacunas antirrábica canina y felina. Para este periodo no se realizo vacunación debido a que no se cuenta con biológico, sin embargo se realizaron reuniones sobre tenencia responsable de mascotas	Certificación 2 acta de articulación. Registros fotográficos Registro de Asistencia
Apoyar la entrega de material entomológico capturado durante las inspecciones domiciliarias con la respectiva remisión y radicación en el laboratorio de salud pública	Para este periodo no hubo recolección de triatominos	Certificación
Apoyar en la verificación, organización y desarrollo con entidad territorial para la fumigación en el control de vectores de importancia en salud pública, en situación de brotes, epidemias, presencia de casos, o por solicitud del supervisor del contrato, cumpliendo los requisitos técnicos, sanitarios y realizando el registro en ArGis Survey123 y/o acciones de control de insectos por medio de la aplicación de larvicidas cumpliendo con los protocolos de bioseguridady la utilización de los equipos pertinentes.	No se ejecutó la actividad ya que no se cuentan con insumos	Certificación
Apoyar al programa ETV y Zoonosis de la secretaria de salud de Cundinamarca, en el marco de las posibles contingencias relacionadas con las ETV-Zoonosis en todos los municipios inmersos en laconcurrencia.	Durante la tercera entrega no se obtuvo solicitud de apoyo al programa ETV y Zoonosis por parte de la secretaria de Salud de Cundinamarca	Certificación
Realizar la entrega, instalación y/o seguimiento a toldillos impregnados con insecticida, en las viviendas de los pacientes o circunvecinos en municipios con presencia de Leishmaniasis, y reportado a través del formulario diseñado para ArcGis Survey123	Actividad que no se puede llevar a cabo debido a que no se cuentan con los respectivos insumos.	Certificación

Hacer entrega al supervisor del contrato de un informe mensual y final según formato establecido y línea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud publica correspondientes a las actividades desarrolladas en el periodo, en cumplimiento del objeto contractual y los soportes respectivos en medio magnético como soporte para el trámite de cuentas de cobro, que incluya: bases de datos, archivos digitales y demás evidencias documentales que den cuenta de la totalidad de productos relacionados con el objeto del contrato y línea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud pública.	Realizar 1 informe mensual detallando las actividades de las obligaciones contractuales para la ejecución de las actividades en las fechas establecidas para la segunda entrega de la concurrencia	Realizar 1 informe con las obligaciones contractuales describiendo la actividad a realizar la cual da cumplimiento a dicha obligación y el producto a entregar para verificación

Gobernación de CUNDINAMARCA	**DIRECCION DE SALUD PUBLICA**	Código **A-GC-FR-017**
		Versión : 02
	INFORME DE ACTIVIDADES	Fecha de Aprobación: 24/Feb/2016

DIRECCIÓN: Salud Pública	**CONTRATO No. SS-CDCTI-CPS731-2025**	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 19/09/2025 Fecha de Terminación: 31/12/2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE.		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** 5 meses
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DANIELA GAMBOA ALMANZA		**PERIODO DEL INFORME:** Del 29 de octubre de 2025 – al 13 de noviembre 2025
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TRABAJADORA SOCIAL, EN LOS MUNICIPIOS DE FOMEQUE, CHOACHI Y UBAQUE DE ACUERDO AL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO SS-CDCTI-708-2025, A TRAVES DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE.		

OBLIGACIONES ESPECIFICAS, ACTIVIDADES Y PRODUCTOS DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES (Las estipuladas como especificas en la minuta del contrato)	**ACTIVIDADES** (Desarrolladas en el mes referente a la obligación)	**PRODUCTOS** **(**Con respecto a la actividad desarrollada.)
1. Realizar reunión de articulación de los planes de promoción, prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis Departamentales, junto al representante o coordinador PIC de cada municipio asignado, equipo básico territorial (APS) para la gestión de casos especiales identificados relacionados a las ETV-zoonosis de manera mensual.	se realizó 1 articulaciones con los coordinadores de PIC de los municipios de ubaque con el fin de articular actividades relacionadas con salud para realizar actividades del programa de Chagas. el día 5 de noviembre	se entrega 1 actas, 1 listados de asistencia y 1 formatos de fotografía
2.Realizar acciones de promoción de la salud y prevención, control y eliminación de las ETV, de manera mensual en los municipios asignados, mediante la ejecución de 5 talleres educativos aplicados en los diferentes entornos (Educativo, hogar, comunitario, laboral, institucional, etc) definidos por el lineamiento MSPS, enviando de forma magnética las evidencias correspondientes para su posterior consolidación en el ArcGis Survey123, (cada taller en diferentes entornos)	se realizó 5 talleres educativos enfocados en las clases de enfermedades de ETV y zoonosis en los municipios de ubaque y Choachí, enfocado con los siguientes grupos de población: UBAQUE: • Colegio ITO grado octavo, con 23 el día 13 de noviembre • Concejo municipal con 10 participantes el día 10 de noviembre	Se entregan 5 actas, 5 listados de asistencia y 5 formatos de fotografía Por último, se subió los talleres ejecutados durante el periodo al aplicativo ARCGIS SURVEY 123

	• Niños y jóvenes de la mesa participación de NNA 13 participantes el día 10 de noviembre CHOACHI: • Escuela de formación de danzas juvenil con 10 participantes el día 11 de noviembre • Escuela cultural coro con 11 participantes el día 11 de noviembre	
3. Realizar articuladamente una (2) movilización social mensual en su área de influencia, haciendo énfasis en la enfermedad de Chagas.	Se realizo dos movilizaciones en los municipios de UBAQUE Y CHOACHI en los siguientes espacios: • En el municipio de ubaque se realizó una movilización con jornada de vacunación en el parque principal donde se celebró el día de la familia, con 13 personas aproximadamente, el día 8 de noviembre • En el municipio de Choachí se realizó en la jornada de cáncer En el parque principal con la participación de más de 10 personas, pero solo firmaron 10 personas la lista de Asistencia el día 30 de octubre	se entrega, 2 listado de asistencia y 2 informe técnico y 2 formato de fotografía
4. Realizar diagnóstico social con su cartografía social, seguimiento mensual y evaluación final de los municipios asignados por la concurrencia, realizando articulación y socialización con autoridades locales y/o con la comunidad de barrio y/o vereda determinado e intervenido, teniendo en cuenta las acciones del plan de interrupción de la transmisión intradomiciliaria de Enfermedad de Chagas por Rhodnius prolixus, la cual facilite el análisis de la	Se realizo la segunda y tercera fase de la implementación de la cartografía social en el municipio de ubaque en la vereda de Ganco el día 12 de noviembre	se entrega un informe de asistencia técnica, un registro fotográfico, un registro de asistencia y un documento técnico

situación de cada uno de los municipios inmersos en la concurrencia.		
5. Realizar participación activa con la comunidad, autoridades locales, miembros de las instituciones educativas y organizaciones sociales, la información relacionada con la participación social para el cambio conductual en la promoción, prevención, vigilancia, inspección, control y eliminación de las ETV y las enfermedades zoonóticas a través de jornadas de capacitación, COVECOM u otros espacios municipales establecidos (1 sesión mensual por cada municipio asignado)	Durante el corte de ejecución no se realizaron ningún encuentro, el cove en los dos municipios fueron cancelados eran para el 30 y 31 de octubre	certificado
6. Crear 1 estrategia lúdico pedagógico y realizar la implementación en el municipio elegido para dicha acción y evaluación final, para la implementación de acciones de participación social para el cambio conductual en la promoción, vigilancia inspección y control de las ETV y enfermedades zoonóticas, como parte del diagnóstico social encaminado a fortalecer acciones del plan de interrupción de la transmisión intradomiciliaria de Enfermedad de Chagas por Rhodnius prolixus.	Se realiza la estrategia lúdico pedagógico en el municipio de ubaque Cundinamarca con los participantes del colegio ITO grado octavo el día 13 de octubre	se entrega un informe de asistencia técnica, un registro fotográfico, un registro de asistencia y un documento técnico
7. Apoyar al programa ETV y Zoonosis de la secretaria de salud de Cundinamarca, en el marco de las posibles contingencias relacionadas con las ETV-Zoonosis en todos los municipios inmersos en la concurrencia.	dentro del corte de ejecución no se realizó dicha actividad por lo tanto se entrega Certificado expedido por la coordinadora de la concurrencia	Certificado
8. Hacer entrega al supervisor del contrato de un informe mensual y final según formato establecido y línea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud publica correspondientes a las actividades desarrolladas en el periodo, en cumplimiento del objeto contractual y los soportes respectivos en medio magnético	se realiza la entrega de informe del corte a la líder y coordinadora de la concurrencia, se realiza la entrega por medio digital con las respectivas evidencias de cada actividad	Se entrega un informe que corresponde al corte

como soporte para el trámite de cuentas de cobro, que incluya: bases de datos, archivos digitales y demás evidencias documentales que den cuenta de la totalidad de productos relacionados con el objeto del contrato y línea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud pública.		
9.Realizar capacitación al talento humano de Hospitales y municipios sobre la prevención y el manejo de la enfermedad de Chagas, a través de campañas de movilización social Inter barrios, ferias de servicios, entre otras, la cuales serán concertadas con las autoridades municipales	Se realiza capacitación sobre el manejo de las enfermedades de Chagas, en el centro de salud con el equipo de saludo del municipio de ubaque el día 11 de noviembre	Se entrega 1 acta de reunión, 1 registros fotográficos y 1 registros de asistencia
CONTRATISTA	FIRMA: 	
	NOMBRES Y APELLIDOS: KEYDY NATALI CASTILLO HERRERA	
	NUMERO DE CEDULA: 1013630806	

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**11-11-2025**

INFORMACIÓN GENERAL		
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina		
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD		
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA		
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR		
Nombres y apellidos: Julian Andrés Arrieta Martínez	Cargo: Auxiliar ETV	
Correo electrónico institucional: andresarrietajulian@gmail.com	Teléfono: 3103330300	
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)		
Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro) Escuela de lavadero		
Nombre del beneficiario: Escuela de lavadero	Correo electrónico	
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Fómeque – Cundinamarca		
Número total de beneficiarios: 13 personas		
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA		
Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)		
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA		
Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca		
ACTIVIDADES REALIZADAS		
El día 11 de Noviembre se realizó por parte del auxiliar Julian Arrieta la intervención con los estudiantes de la escuela el lavadero la cual es liderada por la docente Néstor Agudelo. Se da a conocer la concurrencia de Chagas, brindando inicialmente un contexto sobre		

que es el Chagas, signos y síntomas que se presentan en el ser humano. Se repartieron folletos ilustrativos en donde se evidencia el triatomino para que los niños tuvieran la identificación visual del insecto.

Se les explica a los niños que la enfermedad de Chagas es una enfermedad silenciosa causada por la infección del parásito Trypanosoma Cruzi, que se transmite principalmente por el contacto con la materia fecal de pitos infectados (insecto vector). Aproximadamente un 30 por ciento de las personas que se infectan desarrollan la enfermedad. Esta enfermedad se puede transmitir de la siguiente forma:

Vectorial: Una vez los pitos pican a una persona para alimentarse de su sangre, tienden a defecar alrededor de la herida, la picadura genera sensación de rasquiña, y cuando la persona se rasca facilita el ingreso del parásito al organismo.

Oral: Se da mediante el consumo de alimentos contaminados con el parásito, ya sea porque: a) están impregnados con la materia fecal del pito, b) el insecto cae accidentalmente sobre los alimentos, c) los utensilios que se usan están contaminados con las heces fecales del pito, d) al ingerir sangre de animales silvestres que sirven de reservorios o, e) por el consumo de alimentos contaminados con líquidos generados por las zarigüeyas, también conocidas como chuchas o faras.

Congénita: De madre infectada con Chagas a su hijo durante el embarazo.

Trasplante de órganos: La transmisión de T. cruzi de un donante con la enfermedad de Chagas a un receptor de trasplante es poco frecuente. Las tasas de infección asociadas al trasplante de órganos sólidos de un donante con infección varían según el órgano: en trasplantes de riñón es de 0% a 18,7%, en trasplantes de hígado es de 29%, y en trasplantes de corazón es de hasta 75%. También se notifican casos de transmisión por trasplante de médula ósea

Transfusión de sangre: Se está haciendo un esfuerzo para controlar que la sangre donada no contenga al parásito que produce la enfermedad de Chagas. Esta es una medida muy necesaria que se debería implantar en todos los sitios donde viven personas afectadas, ya que las donaciones de sangre son otra posible vía de transmisión. Una persona que ya sepa que está afectada por la enfermedad de Chagas no debería donar sangre, salvo en casos muy excepcionales, y siempre debería tomar la precaución de notificarlo al personal sanitario.

Se les informa a los niños que existen acciones para prevenir la presencia del insecto en las viviendas por medio de las siguientes acciones:

- Mantener lo más ordenada posible la casa y sus alrededores.
- Ventilar diariamente las camas y los catres.
- Limpiar detrás de los muebles y objetos colgados de las paredes.
- Mover y revisar los objetos amontonados lo más frecuente posible.
- Construir los corrales con alambre o palo a pique; si no es posible, cambiar la enramada al menos una vez al año.
- Tapar las grietas y los agujeros de las paredes y techos.
- Poner los gallineros y corrales lo más lejos posible de la vivienda, para que no entren a la casa.
- Procurar que los perros y gatos duerman en un lugar resguardado fuera de la vivienda.
- Los palomares constituyen sitios de cría de las vinchucas. Por eso, es necesario impedir que las palomas hagan nidos cerca de las viviendas.
- Si el techo es de paja, hay que revisarlo. Si es posible, cambiarlo una vez al año.

Al culminarse toda la explicación se empezaron a realizar unas preguntas las cuales lo niños deberían contestar y si acertaban ganaban un incentivo por prestar atención y su participación en clase.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒SI ☐NO

Observaciones:

La actividad lúdico-pedagógica fue exitosa, ya que los niños que participaron se apropiaron del tema y cuando surgían algunas dudas durante el desarrollo de la actividad ellas preguntaban y de esta forma adquirían el conocimiento básico que se debe tener respecto a la enfermedad de chagas.

Se puede recalcar que cada niño informo que le iban a informar a sus acudientes sobre lo que puede producir la picadura del insecto triatomino

Se Anexa planilla de asistencia

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 1

LUGAR:
ESCUELA LAVADERO

EVENTO:
JORNADA LUDICO PEDAGOGICA

FOTO N° 3 de 3
Fecha de toma (11/11/2025):

PROVINCIA:
FOMEQUE-CUNDINAMARCA





Observaciones:
El desarrollo de la actividad fue muy bien aprovechada por los niños que estuvieron presentes, ya que la temática fue recibida y consolidada por cada persona siendo esto un factor de calidad de la reunión.

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	11/11/25
LUGAR:	Escuela Lenguadero	HORA INICIO:	9:30 am
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	10:30 am

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN																TELÉFONO	E-MAIL	FIRMA
							DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	ADOLESCENTE	AFRODESCENDIENTE	INDÍGENA	PALENQUERO	ROM	RE-INTEGRACIÓN	JEFE DE HOGAR	GESTANTE	MIGRANTE	OTROS						
1	Martin querdano	1044901301	6	M	Fomeque	R																	—	—	Víctor Agudelo
2	Marangel velásquez	1120390748	5	F	Fomeque	R																	—	—	
3	Wendy Alvarado	1071632094	8	F	Fomeque	R																	—	—	
4	Diego Jimenez	1028409460	6	M	Fomeque	R																	—	—	
5	Paula Lara	1023980462	8	F	Fomeque	R																	—	—	
6	Deiner quevedo	1011109044	8	M	Fomeque	R																	—	—	
7	Dilan quevedo	1071632376	6	M	Fomeque	R																	—	—	
8	Jeferson Rodriguez	1071632400	6	M	Fomeque	R																	—	—	
9	Nikolay velasquez	1120308416	7	M	Fomeque	R																	—	—	
10	Adriana montañez	1120339431	9	F	Fomeque	R																	—	—	
11	Andres Rojas	1071631625	10	M	Fomeque	R																	—	—	
12	Deyber Carrillo	1071631120	11	M	Fomeque	R																	—	—	
13	Juan David Romero	1071631687	9	M	Fomeque	R																	—	—	

RESPONSABLE		GERENCIA	

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**04-11-2025**

INFORMACIÓN GENERAL	
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina	
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR	
Nombres y apellidos: Angie Natalia Mendez Arias	Cargo: Auxiliar ETV
Correo electrónico institucional: natismendez.2023@gmail.com	Teléfono: 3137161699
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)	
Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro)	
Nombre del beneficiario: Karla Pardo	Correo electrónico: karla.contratamos@gmail.com
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Choachí	
Número total de beneficiarios: 10	
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)	
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca	
ACTIVIDADES REALIZADAS	
Actividad 1: Presentación e introducción al tema El profesor del coro realizó la presentación de la Auxiliar ETV y brindó el espacio para socializar con los asistentes sobre la enfermedad de Chagas, resaltando la importancia de	

conocer sus causas, consecuencias y medidas preventivas. Este momento permitió generar un ambiente participativo y de interés entre los presentes.

Actividad 2: Entrega de material informativo y retroalimentación

Posteriormente, se entregaron volantes informativos con datos relevantes acerca de la enfermedad de Chagas, incluyendo imágenes del *Tripanosoma cruzi*, agente causal de la enfermedad. Se explicó su morfología y características principales, con el propósito de facilitar su identificación en caso de ser encontrado en el municipio.
Durante la actividad, se generó una retroalimentación participativa con los asistentes, quienes compartieron sus percepciones y opiniones sobre el vector transmisor, fortaleciendo el conocimiento colectivo acerca del tema.

Actividad 3: Orientación sobre la recolección del vector

En esta fase, se brindó una orientación práctica sobre la forma correcta de atrapar y remitir el vector (*Tripanosoma cruzi* o "pito") a de salud pública. Se explicó que el punto estratégico de entrega es la oficina del PIC municipal, desde donde se realiza la notificación y recolección oficial del insecto.
Se enfatizaron las siguientes recomendaciones para la captura segura y adecuada del vector:

1. Asegurarse lo mejor posible de que se trata del vector antes de capturarlo.
2. Utilizar un frasco, botella u objeto similar para introducirlo sin causarle daño.
3. Asegurar que el recipiente tenga agujeros pequeños para permitir ventilación y mantener con vida al insecto.
4. Manipular el frasco usando guantes o algún material de protección para evitar picaduras.
5. Introducir dentro del frasco una hoja o palito, que sirva de soporte para que el insecto pueda moverse.
6. Marcar el recipiente con los datos de la persona recolectora: nombre, vereda y número de contacto.
7. Llevar el insecto al puesto de triatominos comunitario más cercano para que el auxiliar del programa ETV (Enfermedades Transmitidas por Vectores) lo remita a salud pública.

Al finalizar la orientación, se resolvieron las dudas de los participantes respecto al procedimiento correcto de recolección y entrega del vector.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒SI ☐NO

Observaciones:

- La actividad tuvo una participación activa y receptiva por parte de los asistentes, quienes mostraron interés en el aprendizaje del tema.
- La entrega de material visual e informativo facilitó la comprensión del ciclo del vector y la enfermedad.
- Se recomienda continuar con estas capacitaciones comunitarias, reforzando los temas de identificación y reporte del vector, para fortalecer la vigilancia entomológica en el municipio.
- La articulación con el grupo del coro fue una estrategia efectiva para llegar a diferentes públicos y promover la educación en salud.

Se Anexa planilla de asistencia

OBJETIVO DE LA REUNION:	FECHA:	ACTA No.
Fortalecer el bienestar integral de los participantes de la Escuela de Formación de Coro de Adulto Mayor mediante una jornada lúdico pedagógica y participativa que promueva la socialización, el aprendizaje y la apropiación de conocimientos relacionados con la salud y la prevención de enfermedades, contribuyendo al desarrollo personal, la cohesión grupal y el fortalecimiento de sus capacidades comunitarias.	04/11/2025	2

LUGAR:	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
EDIFICIO SENA	4:00PM	4:30PM

ORDEN DEL DÍA

- Saludo y bienvenida
- Presentación de los profesionales
- Articulación de las actividades
- Compromisos
- Fin de la jornada lúdico pedagógica.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. Saludo y bienvenida
Se dio la bienvenida a los asistentes, agradeciendo su presencia y destacando la importancia de participar en estos espacios comunitarios que promueven la salud y el bienestar de los adultos y sus familias.

2. Presentación de los profesionales
Se realizó la presentación del profesional presente en la jornada, mencionando sus roles y funciones para orientar a las personas presentes sobre el objetivo de la actividad.

3. Articulación de las actividades
Se explicó la organización de las actividades de la jornada, integrando la educación en salud, la prevención de enfermedades transmisibles y los espacios lúdicos dirigidos a los adultos. Todo ello con el fin de generar una experiencia educativa, participativa y recreativa.

4. Socialización sobre la enfermedad de Chagas
El profesor realizó la presentación de la Auxiliar del programa ETV, brindando un espacio para socializar con los asistentes información clave sobre la enfermedad de Chagas. Se resaltó la importancia de conocer sus causas, consecuencias y las medidas preventivas necesarias para reducir el riesgo de transmisión en el municipio.

5. Entrega de volantes informativos y explicación del vector
Posteriormente, se entregaron volantes informativos con datos relevantes sobre la enfermedad de Chagas, incluyendo imágenes del *Trypanosoma cruzi*, agente

causal de la enfermedad, y del vector transmisor.
Se explicó su morfología y características principales con el fin de facilitar su identificación en caso de ser encontrado dentro del territorio municipal.

6. Retroalimentación participativa

Durante la actividad se generó un espacio de retroalimentación con los asistentes, quienes compartieron sus percepciones y experiencias sobre el vector transmisor. Este intercambio permitió fortalecer el conocimiento colectivo y aclarar dudas relacionadas con la enfermedad.

7. Orientación práctica para la captura y remisión del vector

En esta fase se brindó una orientación práctica sobre la forma correcta de atrapar y remitir el vector (comúnmente conocido como “pito”) a los responsables de salud pública.
Se explicó que el punto oficial para la entrega del insecto es la oficina del PIC municipal, donde se recibe, notifica y realiza el proceso de envío correspondiente.
Se enfatizaron las siguientes recomendaciones para garantizar una captura segura y adecuada:

- Asegurarse, en la medida de lo posible, de que se trata del vector antes de capturarlo.
- Utilizar un frasco, botella o recipiente similar para introducirlo sin causarle daño.
- Verificar que el recipiente cuente con pequeños orificios para permitir la ventilación y mantener con vida al insecto.
- Manipular el frasco usando guantes o algún elemento que evite el contacto directo.
- Incluir dentro del frasco una hoja o palito para que el insecto pueda sostenerse y moverse.
- Marcar el recipiente con los datos de la persona recolectora: nombre, vereda y número de contacto.
- Llevar el insecto al puesto de triatominos comunitario más cercano para que el auxiliar del programa ETV realice la remisión oficial al área de salud pública.

CONCLUSIONES

- La actividad tuvo una participación activa y receptiva por parte de los asistentes, quienes mostraron interés en el aprendizaje del tema.
- La entrega de material visual e informativo facilitó la comprensión del ciclo del vector y la enfermedad.
- Se recomienda continuar con estas capacitaciones comunitarias, reforzando los temas de identificación y reporte del vector, para fortalecer la vigilancia entomológica en el municipio.
- La articulación con el grupo del coro fue una estrategia efectiva para llegar a diferentes públicos y promover la educación en salud.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Mantener una comunicación activa entre la comunidad y el personal del programa ETV para garantizar la oportuna recolección y reporte de posibles vectores.		AUX ETV COMUNIDAD
Fomentar la participación constante de las familias en jornadas de salud, reconociendo su papel fundamental en la detección temprana y la prevención.		CONCURRENCIA DE CHAGAS

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
ANGIE NATALIA MENDEZ ARIAS	AUX ETV	HSVPF	

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-Jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	04/NOV /2025
LUGAR:	Edificio Sena Coro Adulto.	HORA INICIO:	4:00pm
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	4:30 pm

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN																	TELÉFONO	E-MAIL	FIRMA
							AFROCOLOMBIANO	INDÍGENA	ROM	RAIZAL	PALENQUERO	MESTIZO	DESPLAZADO	VÍCTIMA DEL CONFLICTO	VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO	DISCAPACIDAD	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	GESTANTE	MADRES LACTANTES	NIÑEZ	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ			
1	Karla Pardo Reyes	1032451660	33	Fem.	Chocachi	Urbano																		3213222335	Karla.contratista@	Karla Pardo
2	Marta D. Vinasco	41711.018	65	FEMEN	CHOCACHI	RURAL																		—	martavillegas@	MDNAV
3	Claudia Valentina	1109459	54	Fem	Chocachi	Urbano																		3124	Salazclaudia@	Hotmail.com
4	Sandra Ceo	1068908	39	Fem	Chocachi	Urbano.																		3046250412		
5	Piedad Mejia	51652059	64	F	Chocachi	Rural																		3	piedadmejia	
6	Adriana Carrera	41857746	72	F	Chocachi	Rural																		3102249229	adrianacarrera@yahoo.es	A. Carrera
7	Adriana Adalgiza	51667754	62	F	Chocachi	Rural																		3014428778	adrianaadalgiza@	gamilcar
8	DELFINO MARTINEZ	2999578	66	M	Chocachi	URBANO																		3114507966		
9	Nelly GIRALDO	79150475	65	M	Chocachi	Rural																		3058655912	giraldo@ucl.edu.co	
10	DIEGO DE LA PEÑA	79634381	53	M	—	URBANO																		3107994087	?	
11																										
12																										
13																										

RESPONSABLE	Natalia Mendez	GERENCIA	

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, el deseo ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº3

LUGAR: EDIFICIO SENA DE CHOACHI

EVENTO: ESCUELA DE FORMACIÓN CORO ADULTO

FOTO N° de

PROVINCIA: CUNDINAMARCA

Fecha de toma (04/11/2025):









Observaciones:

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**04-11-2025**

INFORMACIÓN GENERAL	
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina	
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR	
Nombres y apellidos: Angie Natalia Mendez Arias	Cargo: Auxiliar ETV
Correo electrónico institucional: natismendez.2023@gmail.com	Teléfono: 3137161699
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)	
Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro)	
Nombre del beneficiario: Karla Pardo	Correo electrónico: karla.contratamos@gmail.com
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Choachí	
Número total de beneficiarios: 10	
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)	
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca	
ACTIVIDADES REALIZADAS	
Actividad 1: Presentación e introducción al tema El profesor del coro realizó la presentación de la Auxiliar ETV y brindó el espacio para socializar con los asistentes sobre la enfermedad de Chagas, resaltando la importancia de	

conocer sus causas, consecuencias y medidas preventivas. Este momento permitió generar un ambiente participativo y de interés entre los presentes.

Actividad 2: Entrega de material informativo y retroalimentación

Posteriormente, se entregaron volantes informativos con datos relevantes acerca de la enfermedad de Chagas, incluyendo imágenes del *Tripanosoma cruzi*, agente causal de la enfermedad. Se explicó su morfología y características principales, con el propósito de facilitar su identificación en caso de ser encontrado en el municipio.
Durante la actividad, se generó una retroalimentación participativa con los asistentes, quienes compartieron sus percepciones y opiniones sobre el vector transmisor, fortaleciendo el conocimiento colectivo acerca del tema.

Actividad 3: Orientación sobre la recolección del vector

En esta fase, se brindó una orientación práctica sobre la forma correcta de atrapar y remitir el vector (*Tripanosoma cruzi* o "pito") a de salud pública. Se explicó que el punto estratégico de entrega es la oficina del PIC municipal, desde donde se realiza la notificación y recolección oficial del insecto.
Se enfatizaron las siguientes recomendaciones para la captura segura y adecuada del vector:

1. Asegurarse lo mejor posible de que se trata del vector antes de capturarlo.
2. Utilizar un frasco, botella u objeto similar para introducirlo sin causarle daño.
3. Asegurar que el recipiente tenga agujeros pequeños para permitir ventilación y mantener con vida al insecto.
4. Manipular el frasco usando guantes o algún material de protección para evitar picaduras.
5. Introducir dentro del frasco una hoja o palito, que sirva de soporte para que el insecto pueda moverse.
6. Marcar el recipiente con los datos de la persona recolectora: nombre, vereda y número de contacto.
7. Llevar el insecto al puesto de triatominos comunitario más cercano para que el auxiliar del programa ETV (Enfermedades Transmitidas por Vectores) lo remita a salud pública.

Al finalizar la orientación, se resolvieron las dudas de los participantes respecto al procedimiento correcto de recolección y entrega del vector.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒SI ☐NO

Observaciones:

- La actividad tuvo una participación activa y receptiva por parte de los asistentes, quienes mostraron interés en el aprendizaje del tema.
- La entrega de material visual e informativo facilitó la comprensión del ciclo del vector y la enfermedad.
- Se recomienda continuar con estas capacitaciones comunitarias, reforzando los temas de identificación y reporte del vector, para fortalecer la vigilancia entomológica en el municipio.
- La articulación con el grupo del coro fue una estrategia efectiva para llegar a diferentes públicos y promover la educación en salud.

Se Anexa planilla de asistencia

OBJETIVO DE LA REUNION:	FECHA:	ACTA No.
Fortalecer el bienestar integral de los participantes de la Escuela de Formación de Coro de Adulto Mayor mediante una jornada lúdico pedagógica y participativa que promueva la socialización, el aprendizaje y la apropiación de conocimientos relacionados con la salud y la prevención de enfermedades, contribuyendo al desarrollo personal, la cohesión grupal y el fortalecimiento de sus capacidades comunitarias.	04/11/2025	2

LUGAR:	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
EDIFICIO SENA	4:00PM	4:30PM

ORDEN DEL DÍA

- Saludo y bienvenida
- Presentación de los profesionales
- Articulación de las actividades
- Compromisos
- Fin de la jornada lúdico pedagógica.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. Saludo y bienvenida
Se dio la bienvenida a los asistentes, agradeciendo su presencia y destacando la importancia de participar en estos espacios comunitarios que promueven la salud y el bienestar de los adultos y sus familias.

2. Presentación de los profesionales
Se realizó la presentación del profesional presente en la jornada, mencionando sus roles y funciones para orientar a las personas presentes sobre el objetivo de la actividad.

3. Articulación de las actividades
Se explicó la organización de las actividades de la jornada, integrando la educación en salud, la prevención de enfermedades transmisibles y los espacios lúdicos dirigidos a los adultos. Todo ello con el fin de generar una experiencia educativa, participativa y recreativa.

4. Socialización sobre la enfermedad de Chagas
El profesor realizó la presentación de la Auxiliar del programa ETV, brindando un espacio para socializar con los asistentes información clave sobre la enfermedad de Chagas. Se resaltó la importancia de conocer sus causas, consecuencias y las medidas preventivas necesarias para reducir el riesgo de transmisión en el municipio.

5. Entrega de volantes informativos y explicación del vector
Posteriormente, se entregaron volantes informativos con datos relevantes sobre la enfermedad de Chagas, incluyendo imágenes del *Trypanosoma cruzi*, agente

causal de la enfermedad, y del vector transmisor.
Se explicó su morfología y características principales con el fin de facilitar su identificación en caso de ser encontrado dentro del territorio municipal.

6. Retroalimentación participativa

Durante la actividad se generó un espacio de retroalimentación con los asistentes, quienes compartieron sus percepciones y experiencias sobre el vector transmisor. Este intercambio permitió fortalecer el conocimiento colectivo y aclarar dudas relacionadas con la enfermedad.

7. Orientación práctica para la captura y remisión del vector

En esta fase se brindó una orientación práctica sobre la forma correcta de atrapar y remitir el vector (comúnmente conocido como “pito”) a los responsables de salud pública.
Se explicó que el punto oficial para la entrega del insecto es la oficina del PIC municipal, donde se recibe, notifica y realiza el proceso de envío correspondiente.
Se enfatizaron las siguientes recomendaciones para garantizar una captura segura y adecuada:

- Asegurarse, en la medida de lo posible, de que se trata del vector antes de capturarlo.
- Utilizar un frasco, botella o recipiente similar para introducirlo sin causarle daño.
- Verificar que el recipiente cuente con pequeños orificios para permitir la ventilación y mantener con vida al insecto.
- Manipular el frasco usando guantes o algún elemento que evite el contacto directo.
- Incluir dentro del frasco una hoja o palito para que el insecto pueda sostenerse y moverse.
- Marcar el recipiente con los datos de la persona recolectora: nombre, vereda y número de contacto.
- Llevar el insecto al puesto de triatominos comunitario más cercano para que el auxiliar del programa ETV realice la remisión oficial al área de salud pública.

CONCLUSIONES

- La actividad tuvo una participación activa y receptiva por parte de los asistentes, quienes mostraron interés en el aprendizaje del tema.
- La entrega de material visual e informativo facilitó la comprensión del ciclo del vector y la enfermedad.
- Se recomienda continuar con estas capacitaciones comunitarias, reforzando los temas de identificación y reporte del vector, para fortalecer la vigilancia entomológica en el municipio.
- La articulación con el grupo del coro fue una estrategia efectiva para llegar a diferentes públicos y promover la educación en salud.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Mantener una comunicación activa entre la comunidad y el personal del programa ETV para garantizar la oportuna recolección y reporte de posibles vectores.		AUX ETV COMUNIDAD
Fomentar la participación constante de las familias en jornadas de salud, reconociendo su papel fundamental en la detección temprana y la prevención.		CONCURRENCIA DE CHAGAS

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
ANGIE NATALIA MENDEZ ARIAS	AUX ETV	HSVPF	

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-Jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	04/NOV /2025
LUGAR:	Edificio Sena Coro Adulto.	HORA INICIO:	4:00pm
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	4:30 pm

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN																	TELÉFONO	E-MAIL	FIRMA
							AFROCOLOMBIANO	INDÍGENA	ROM	RAIZAL	PALENQUERO	MESTIZO	DESPLAZADO	VÍCTIMA DEL CONFLICTO	VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO	DISCAPACIDAD	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	GESTANTE	MADRES LACTANTES	NIÑEZ	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ			
1	Karla Pardo Reyes	1032451660	33	Fem.	Chocachi	Urbano																		3213222335	Karla.contratista@	Karla Pardo
2	Marta D. Vinasco	41711.018	65	FEMEN	CHOCACHI	RURAL																		—	martavillegas@	MDNAV
3	Claudia Valentina	1109459	54	Fem	Chocachi	Urbano																		3124	Salazclaudia@	Hotmail.com
4	Sandra Ceo	1068908	39	Fem	Chocachi	Urbano.																		3046250412		
5	Piedad Mejia	51652059	64	F	Chocachi	Rural																		3	piedadmejia	
6	Adriana Carrera	41857746	72	F	Chocachi	Rural																		3102249229	adrianacarrera@yahoo.es	A. Carrera
7	Adriana Adalgiza	51667754	62	F	Chocachi	Rural																		3014428778	adrianaadalgiza@	gamilcar
8	DELFINO MARTINEZ	2999578	66	M	Chocachi	URBANO																		3114507966		
9	Nelly GIRALDO	79150475	65	M	Chocachi	Rural																		3058655912	giraldo@ucl.edu.co	
10	DIEGO DE LA PEÑA	79634381	53	M	—	URBANO																		3107994087	?	
11																										
12																										
13																										

RESPONSABLE	Natalia Mendez	GERENCIA	

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, el deseo ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº3

LUGAR: EDIFICIO SENA DE CHOACHI

EVENTO: ESCUELA DE FORMACIÓN CORO ADULTO

FOTO N° de

PROVINCIA: CUNDINAMARCA

Fecha de toma (04/11/2025):









Observaciones:

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**02-11-2025**

INFORMACIÓN GENERAL		
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina		
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD		
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA		
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR		
Nombres y apellidos: Julian Andrés Arrieta Martínez	Cargo: Auxiliar ETV	
Correo electrónico institucional: andresarrietajulian@gmail.com	Teléfono: 3103330300	
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)		
Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro) Salón Parroquial-Renta Ciudadana		
Nombre del beneficiario: Salón Parroquial-Renta Ciudadana	Correo electrónico	
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Fómeque – Cundinamarca		
Número total de beneficiarios: 26 personas		
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA		
Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)		
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA		
Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca		
ACTIVIDADES REALIZADAS		
El día 02 de Noviembre se realizó por parte del auxiliar Julian Arrieta la intervención		

en el salón parroquial, se llevó a cabo una actividad lúdico-pedagógica con la comunidad del programa de "Renta Ciudadana", en la que participaron dos compañeras. El objetivo de la sesión fue informar a la comunidad acerca de la Enfermedad de Chagas: sus síntomas, la manera de reconocer al insecto vector (comúnmente llamado "pito" o "chinche"), los cuidados necesarios y a dónde acudir en caso de encontrar dicho insecto.

Durante la actividad se explicaron los siguientes puntos clave:

- **Qué es la enfermedad de Chagas:** una infección causada por el parásito Trypanosoma cruzi, transmitida principalmente a través de insectos vectoriales conocidos como triatominos.
- **Cómo reconocer al insecto vector:** vive en viviendas con grietas, muros de barro o adobe, techos de palma o paja, y puede esconderse durante el día en rendijas, saliendo por la noche a alimentarse de sangre
- **Síntomas de la enfermedad:** en su fase aguda pueden presentarse fiebre, malestar general, hinchazón en el sitio de la picadura o incluso del párpado; en la fase crónica puede desarrollarse afectación al corazón, arritmias o problemas digestivos como dificultad para tragar
- **Cuidados y prevención:** mantener la vivienda limpia, sin grietas, eliminar cachivaches, lavar bien frutas y verduras, evitar la presencia del insecto en la casa.
- **Qué hacer si se encuentra el insecto:** no manipularlo de forma insegura, sacar fotografía si es posible y acudir al centro de salud o al programa de vigilancia vectorial para su identificación.

Para concluir, la actividad incluyó la división del grupo en tres equipos, en los cuales cada una de nuestras compañeras abordó un tema distinto referente a la Enfermedad de Chagas: su transmisión, los síntomas y medidas de prevención. Luego, como dinámica interactiva con la comunidad, se desarrolló una sopa de letras que contenía palabras clave relacionadas con la enfermedad, con el fin de reforzar de forma lúdica los aprendizajes compartidos.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒SI ☐NO

Observaciones:

La actividad lúdico-pedagógica fue exitosa, ya que los niños que participaron se apropiaron del tema y cuando surgían algunas dudas durante el desarrollo de la actividad ellas preguntaban y de esta forma adquirían el conocimiento básico que se debe tener respecto a la enfermedad de chagas.

Se puede recalcar que cada niño informo que le iban a informar a sus acudientes sobre lo que puede producir la picadura del insecto triatomino

Se Anexa planilla de asistencia

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 1

LUGAR:
Salón Parroquial-Renta ciudadana

EVENTO:
JORNADA LUDICO PEDAGOGICA

FOTO N° 3 de 3
Fecha de toma (02/11/2025):

PROVINCIA:
FOMEQUE-CUNDINAMARCA







Observaciones:
El desarrollo de la actividad fue muy bien aprovechada por la comunidad que estuvo presente ya que la temática fue recibida y consolidada por cada persona siendo esto un factor de calidad de la reunión.

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA: No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis

FECHA: 02-11-2023

LUGAR: Salón Parroquial - Iglesia Catedral

HORA INICIO: 9:00 am

DEPENDENCIA QUE COORDINA:

HORA FIN: 12:00 PM

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN														TELÉFONO	CORREO	FIRMA
							DISCAPACIDAD	VÍCTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	MIGRANTE	AFROCOLOMBIANO	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	ADULTO MAYOR	LGTBIQ+	MIGRANTE	INDÍGENA					
1	Angelica Adriana	1076127704	29	F	Fomeque	Resguardo															3212413803	—	
2	Johana Cuela	1076128607	28	F	Fomeque	Resguardo															3127221161	—	Johana Cuela
3	Mario Mendez	2057661 3	80	F	Fomeque	R															—	—	Mario
4	Jaime Rincon	19124193	74	M	Fomeque	R															3144135797	—	
5	Miguel Rincon	3015438	75	M	Fomeque	R															3178357284	—	Miguel
6	Cecilia Velasquez	20529846	78	F	Fomeque	U															3227624660	—	Cecilia VR
7	Rosalba Caceres	20529439	85	F	Fomeque	R															—	—	Rosalba Caceres
8	Andrea Cortes	1076386301	20	F	Fomeque	U															3124235875	—	Andrea C
9	Zuley Agudelo	1076320441	26	F	Fomeque	R															3148178654	—	Zuley Xiomara Agudelo
10	Nay Velasco Y.	1060035259	31	F	Fomeque	Resguardo															3146018050	—	Nay V.Y.
11	Reinaldo Rubio	20483257	71	F	Fomeque	U															3125256884	—	Reinaldo
12	Silvia Lozano	20435571	65	F	Fomeque	U															—	—	Silvia
13	Yenny Bedoya	1003614058	28	F	Fomeque	U															3145202440	—	Yenny Bedoya

RESPONSABLE

GERENCIA

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con los dispuestos en la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co.

Scanned with CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	02 - 11 - 2025
LUGAR:	Salón Parroquial — Renteria Ciudadana	HORA INICIO:	9:00 am
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	12:00 PM

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN (DESPLAZADO / VICTIMA DEL CONFLICTO / VIOLENCIA DE GÉNERO / AFRO / AFROCOLOMBIANO / NEGRO / PALENQUERO / RAM / REINTEGRADOS / RITO DE NOVIA / LGTBIQ+ / MIGRANTE)	TELEFONO	FIRMA
1	Blanca Mery Herrera	39732670	40	Femenino	Fúnequ	Rabanegrande		3112300	Blanca Mery H.
2	Yudy Rodriguez	1071628858	37	F	Fonequ	Rionegro		3142239	Yudy Rodriguez
3	Ansic Ramos	1071631797	27	F	Fonequ	Fonequ		3012444835	Ansic Ramos
4	Rosa Rubio	20533300	42	F	Fonequ	La vega		3114657815	Rosa Rubio
5	Andrea Cortes	1033888408	20	F	Fonequ	Centro		3124436986	Andrea C.
6	Claudia Castro	1071630709	32	F	Fonequ	Rural		3227638867	Alba Olga M
7	Maria Jelescu Rolagdo	1064437379	31	F	Fonequ	V. regando		3106011610	Maria Jelescu R.
8	Claudia Hoy	20485483	48	F	Fonequ	La unión		3164038343	Claudia H.
9	JULEY AGUDELO	1071632097	26	F	Fonequ	la unión		3118776654	JULEY XIMENA AGUDELO
10	Jenny Velasquez	1031630865	31	F	Fonequ	centro		3143800114	Jenny velasquez
11	Monica Uribe	1031630851	30	F	Fonequ	centro		3142854196	Monica Uribe
12	Maria Juraga	1071629599	35	F	Fonequ	vereda susa		3123454844	Maria Juraga
13	Erika Castillo	1040843463	41	F	Fonequ	cuesta		3208161172	Erika Castillo

RESPONSABLE		GERENCIA	

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, le puede solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co.

Scanned with CamScanner

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**05-11-2025**

INFORMACIÓN GENERAL	
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina	
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR	
Nombres y apellidos: Angie Natalia Mendez Arias	Cargo: Auxiliar ETV
Correo electrónico institucional: natismendez.2023@gmail.com	Teléfono:3137161699
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)	
Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro)	
Nombre del beneficiario: Luis Vanegas	Correo electrónico
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Ubaque	
Número total de beneficiarios: 13	
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)	
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca	
ACTIVIDADES REALIZADAS	
Actividad 1: Socialización inicial y presentación del tema Se llevó a cabo una jornada lúdico–pedagógica dirigida a los adultos mayores, con el objetivo de brindar información clara y práctica sobre la enfermedad de Chagas, sus causas, síntomas, formas de transmisión y medidas preventivas.	

Durante esta primera parte, los asistentes manifestaron gran disposición e interés por conocer más acerca del tema y participaron activamente en las actividades propuestas.

Actividad 2: Reconocimiento del vector transmisor

En la segunda fase, se realizó un ejercicio de reconocimiento visual del vector mediante la exposición de imágenes del insecto transmisor (tripanosoma cruzi o "pito").
El propósito fue identificar si los participantes reconocían al vector y si alguna vez lo habían observado en sus viviendas o alrededores, fortaleciendo así la vigilancia comunitaria y el reporte oportuno a las autoridades de salud.

Actividad 3: Dinámica de preguntas y participación activa

Posteriormente, se llevó a cabo una dinámica de preguntas y respuestas relacionada con la enfermedad, con el fin de hacer la jornada más interactiva y conocer el nivel de conocimiento que los asistentes tenían sobre el tema.
A través de esta actividad se abordaron aspectos como:

- Causas y formas de transmisión.
- Síntomas más frecuentes.
- Consecuencias de no tratar la enfermedad.
- Medidas de prevención y control del vector.

La participación fue dinámica y permitió aclarar conceptos erróneos, así como reforzar la importancia de la prevención.

Actividad 4: Retroalimentación y recomendaciones finales

Para finalizar, se realizó una retroalimentación general sobre los puntos más relevantes de la enfermedad de Chagas, enfatizando en qué hacer en caso de encontrar el vector en sus viviendas o lugares frecuentados.
Se explicó el procedimiento de recolección segura del insecto y la importancia de reportarlo al programa ETV o al puesto de salud más cercano, para que el equipo técnico realice la verificación y control correspondiente.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒SI ☐NO

Observaciones:

- Las dinámicas permitieron que la capacitación fuera más amena y comprensible, facilitando la apropiación del conocimiento.
- Se evidenció interés en aprender y reconocer al vector, lo que fortalece la vigilancia comunitaria en esta población.
- Se recomienda continuar con este tipo de actividades lúdico–educativas, ya que contribuyen significativamente a la prevención y detección temprana de la enfermedad de Chagas en el municipio.

Se Anexa planilla de asistencia

	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
Gobernación de Cundinamarca		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

OBJETIVO DE LA REUNION:	FECHA:	ACTA No.
Desarrollar una jornada lúdico–pedagógica en el geriátrico del municipio de ubaque con el propósito de fortalecer hábitos de cuidado, fortalecer la educación en salud y sensibilizar a los abuelitos sobre la prevención, detección temprana y factores de riesgo asociados a enfermedades de Chagas.	05/11/2025	2

LUGAR:	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
GERIATRICO DEL MUNICIPIO DE UBAQUE	4:00PM	4:30PM

ORDEN DEL DÍA

- Saludo y bienvenida
- Presentación de los profesionales
- Articulación de las actividades
- Compromisos
- Fin de la jornada lúdico pedagógica.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

• Saludo y bienvenida

Se recibió cordialmente a los adultos mayores participantes en la jornada de salud, expresando agradecimiento por su asistencia y destacando el valor de estos encuentros que fortalecen el bienestar y la integración de la comunidad.

• Presentación de los profesionales

Se realizó la introducción del equipo profesional encargado de la jornada, indicando el rol de cada integrante y brindando una explicación general sobre las funciones que desempeñarían durante el desarrollo de las actividades.

- **Articulación de las actividades**
- Se llevó a cabo una jornada lúdico–pedagógica dirigida a los adultos mayores, con el objetivo de brindar información clara y práctica sobre la enfermedad de Chagas, sus causas, síntomas, formas de transmisión y medidas preventivas.
- En la segunda fase, se realizó un ejercicio de reconocimiento visual del vector mediante la exposición de imágenes del insecto transmisor (tripanosoma cruzi o “pito”). El propósito fue identificar si los participantes reconocían al vector y si alguna vez lo habían observado en sus viviendas o alrededores, fortaleciendo así la vigilancia comunitaria y el reporte oportuno a las autoridades de salud.

Posteriormente, se llevó a cabo una dinámica de preguntas y respuestas relacionada con la enfermedad, con el fin de hacer la jornada más interactiva y conocer el nivel de conocimiento que los asistentes tenían sobre el tema.
A través de esta actividad se abordaron aspectos como:

- Causas y formas de transmisión.
- Síntomas más frecuentes.
- Consecuencias de no tratar la enfermedad.
- Medidas de prevención y control del vector.

La participación fue dinámica y permitió aclarar conceptos erróneos, así como reforzar la importancia de la prevención.

- Para finalizar, se realizó una retroalimentación general sobre los puntos más relevantes de la enfermedad de Chagas, enfatizando en qué hacer en caso de encontrar el vector en sus viviendas o lugares frecuentados.
  Se explicó el procedimiento de recolección segura del insecto y la importancia de reportarlo al programa ETV o al puesto de salud más cercano, para que el equipo técnico realice la verificación y control correspondiente.
- **Compromisos**
- Fortalecer la vigilancia comunitaria del vector
  Los participantes se comprometieron a estar atentos a la presencia del insecto transmisor en sus viviendas y alrededores, y a reportar cualquier hallazgo al programa ETV o al puesto de salud.
- Aplicar las medidas preventivas aprendidas
  Se adquirió el compromiso de implementar prácticas de prevención en el hogar, tales como mantener los espacios limpios, revisar grietas, evitar acumulación de objetos y promover entornos seguros.

CONCLUSIONES

- Las dinámicas permitieron que la capacitación fuera más amena y comprensible, facilitando la apropiación del conocimiento.
- Se evidenció interés en aprender y reconocer al vector, lo que fortalece la vigilancia comunitaria en esta población.
- Se recomienda continuar con este tipo de actividades lúdico–educativas, ya que contribuyen significativamente a la prevención y detección temprana de la enfermedad de Chagas en el municipio.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Los participantes se comprometieron a estar atentos a la presencia del insecto transmisor en sus viviendas y alrededores, y a reportar cualquier hallazgo al programa ETV o al puesto de salud.		GERIATRICO
Se adquirió el compromiso de implementar prácticas de prevención en el hogar, tales como mantener los espacios limpios, revisar grietas,		GERIATRICO

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
evitar acumulación de objetos y promover entornos seguros.		

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
ANGIE NATALIA MENDEZ ARIAS			

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-Jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	05/Nov/2025
LUGAR:	Geriatrico	HORA INICIO:	4:00pm
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	4:30 pm

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN																TELÉFONO	# HIJOS	FIRMA
							OCUPACIONAL	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GENERO	INDIGENA	AFRO/NEGRA O RAIZAL	RAIZAL ARCHIPIELAGO SAN ANDRES	ROM	MUJER GESTANTE	MUJER LACTANTE	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ	MIGRANTE	SORDERA					
1	Luis Lorenzo	429917		M	Ubaque	Urbano																			
2	Pureliano Lopez	201679		M	Ubaque	Urbano																			
3	Alicia Torres	21046238		F	Ubaque	Urbano																			
4	Marcela Torres	21049693		F	Ubaque	Urbano																			
5	Isabel Ladino	21695.315		F	Ubaque	Urbano																			
6	Betilda Fuentes	21046252		F	Ubaque	Urbano																			
7	Roberto baquero	429130		M	Ubaque	Urbano																			
8	Guillermo Fiche2	3194160411		M	Ubaque	Urbano																			
9	Luis Alberto Moru	80232965		M	Ubaque	Urbano																			
10	Cardenas Sabogal	20236510		M	Ubaque	Urbano																			
11	Maria Laverde	21047515		F	Ubaque	Urbano																			
12	Lida alarcon	52145823		F	Ubaque	Urbano																			
13	Alejandra rumen	21953869		F	Ubaque	Urbano																			

RESPONSABLE	Angie Natalia Mendez	GERENCIA	

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 3 **LUGAR: GERIATRICO DE UBAQUE**

EVENTO: JORNADA LÚDICO PEDAGÓGICA

FOTO N° de **PROVINCIA: CUNDINAMARCA**
Fecha de toma (05/11/2025):









Observaciones:

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**07-11-2025**

INFORMACIÓN GENERAL	
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina	
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR	
Nombres y apellidos: Julian Andrés Arrieta Martínez	Cargo: Auxiliar ETV
Correo electrónico institucional: andresarrietajulian@gmail.com	Teléfono: 3103330300
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)	
Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro) Jardín Infantil Ignacio Pescador municipal de Choachí	
Nombre del beneficiario: Niños del Jardín Ignacio Pescador	Correo electrónico
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Choachí – Cundinamarca	
Número total de beneficiarios: 16 personas	
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)	
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca	
ACTIVIDADES REALIZADAS	
El día 07 de Noviembre se realizó por parte del auxiliar Julian Arrieta la intervención con los niños del Jardín Ignacio Pescador del municipio de choachi, en donde se da a conocer la concurrencia de Chaga, Se ingreso al jardín infantil aproximadamente a las 10:30 a.m.,	

donde se reunieron los estudiantes en el salón de clase para desarrollar una jornada lúdico–pedagógica relacionada con la enfermedad de Chagas. Una vez los niños estuvieron ubicados en el salón, se inició con una breve explicación sobre qué es la enfermedad, resaltando que puede generar afectaciones en la salud, principalmente en el corazón.

Se les informó que esta afectación se produce, en la mayoría de los casos, por la transmisión vectorial de la enfermedad, la cual ocurre a través de la picadura del insecto conocido comúnmente como pito o chinche. Se les mostró una imagen ilustrativa del insecto, explicando sus características y la forma adecuada de actuar en caso de encontrar uno.

Durante la actividad, los niños preguntaron si podían agarrar el insecto. Se les respondió que sí, pero únicamente utilizando un guante y depositándolo en un envase con orificios que permitieran su respiración, ya que es necesario entregarlo vivo.

Asimismo, se brindó información sobre los factores de riesgo asociados, enfatizando la importancia de mantener la vivienda y sus alrededores limpios, sacudir los colchones con frecuencia, realizar fumigaciones periódicas, y evitar acumular leña o permitir aguas estancadas cerca de la casa, ya que estos factores favorecen la presencia del insecto.

Finalmente, se realizó la actividad lúdico–pedagógica, que consistió en entregar a cada estudiante la imagen de un pito o chinche, en tamaño hoja carta, para que la colorearan de acuerdo con la ilustración de referencia presentada durante la sesión. Después de que cada niño termino de colorear su hoja didáctica se hizo la retroalimentación de la actividad realizada.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒SI ☐NO

Observaciones:

La actividad lúdico-pedagógica fue exitosa, ya que los niños que participaron se apropiaron del tema y cuando surgían algunas dudas durante el desarrollo de la actividad ellos preguntaban y de esta forma adquirían el conocimiento básico que se debe tener respecto a la enfermedad de Chagas.

Se Anexa planilla de asistencia

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 1

LUGAR:
Jardín Infantil Ignacio Pescador

EVENTO:
Jornada lúdico-pedagógica

FOTO N° 3 de 3

PROVINCIA:
Choachí - Cundinamarca

Fecha de toma (07/11/2025):







Observaciones:

El desarrollo de la actividad fue muy bien aprovechada por los niños que estuvieron presentes, ya que la temática fue recibida y consolidada por cada persona siendo esto un factor de calidad de la reunión.

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	7/11/25
LUGAR:	Jardín infantil Ignacio Pescador	HORA INICIO:	10:30 am
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	11:30 am

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN															TELÉFONO	E-MAIL	FIRMA
							DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	REINTEGRADO(A)	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	GITANO					
1	Luis Jesus Camayo	1102550607	6	M	Chocachí	R																		
2	Maderneth Barreto	1023879203	5	F	Chocachí	R																		
3	Valentina Celis	1116669150	6	F	Chocachí	U																		
4	Sara Sofia Forero	1068977440	7	F	Chocachí	R																		
5	Ian alfonso Garay	1026601952	6	M	Chocachí	U																		
6	Stefany Huerta	1016837139	6	F	Chocachí	U																		
7	Ian Layton	1068977634	6	M	Chocachí	U																		
8	Dalmar Lemus	3782694830	6	F	Chocachí	R																		
9	Ashley Moreno	3783693091	6	F	Chocachí	U																		
10	Alan Pardo	1068977703	5	M	Chocachí	R																		
11	Brandon Pardo	1068977602	6	M	Chocachí	U																		
12	Elian Castellar	1081838569	6	M	Chocachí	R																		
13	Mariana Anzon	1067716031	5	F	Chocachí	U																		

RESPONSABLE		GERENCIA	

e.c 1068467633

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	7/11/25
LUGAR:	Jardín Infantil Ignacio Rexach	HORA INICIO:	10:30 am
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	11:30 am

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN: DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	INDÍGENA	AFRODESCENDIENTE	ROM	PALENQUERO	RAIZAL	RECLUSO	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	LIDER	TELÉFONO	EMAIL	FIRMA
1	Joshue Ramirez	1020039440	6	M	Chocachí	R														— " —	— " —	
2	Amy Roa	1068977651	5	F	Chocachí	R														— " —	— " —	
3	Emily Rodriguez	1071632442	6	F	Chocachí	U														— " —	— " —	
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						

RESPONSABLE		GERENCIA	

Scanned with CamScanner

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**13 de noviembre del 2025**

INFORMACIÓN GENERAL

Medio de Asistencia Técnica:

☒Campo ☐Virtual ☐Oficina

DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD

DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR

Nombres y apellidos: KEYDY NATALI CASTILLO HERRERA	Cargo: TRABAJADORA SOCIAL
Correo electrónico institucional: keidi267@gmail.com	Teléfono: 3123119550

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO
(Solicitante o uno de los beneficiarios)

Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro)

Escuela Ganco

Nombre del beneficiario: estudiantes representantes colegio ITO	Correo electrónico

Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Ubaque Cundinamarca

Número total de beneficiarios: 16 personas

TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)

OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca

"Crear 1 estrategia lúdico pedagógico y realizar la implementación en el municipio elegido para dicha acción y evaluación final, para la implementación de acciones de participación social para el cambio conductual en la promoción, vigilancia inspección y control de las ETV y enfermedades zoonóticas, como parte del diagnóstico social encaminado a fortalecer acciones del plan de interrupción de la transmisión intradomiciliaria de Enfermedad de Chagas por Rhodnius prolixus."

Objetivo general

Promover el conocimiento y la prevención de la enfermedad de Chagas mediante una actividad lúdica que facilite el aprendizaje activo y colaborativo.

Objetivos específicos

1. Identificar los principales aspectos de la enfermedad de Chagas (vector, síntomas, transmisión y prevención).
2. Promover la participación activa y colaborativa a través del juego.
3. Fomentar hábitos saludables para prevenir la presencia del vector en las viviendas.

ACTIVIDADES REALIZADAS

INFORME DEL TALLER LÚDICO-PEDAGÓGICO: DOMINÓ EDUCATIVO SOBRE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS Y LA RABIA EN ANIMALES

Fecha: 13 DE NOVIEMBRE DEL 2025
Lugar: Colegio ITO – Municipio de Ubaque
Grado participante: Octavo
Número de participantes: 23 estudiantes aproximadamente

Objetivo del taller

Fortalecer los conocimientos de los estudiantes de grado octavo sobre la **enfermedad de Chagas y la rabia en animales**, mediante una actividad lúdico-pedagógica basada en el uso de un **dominó didáctico con imágenes**, que permita la apropiación de conceptos relacionados con las enfermedades transmitidas por vectores (ETV) y zoonosis.

Metodología

El taller se desarrolló mediante una estrategia **participativa y lúdica**.
Se elaboró un **dominó educativo** con fichas ilustradas que representaban:

- El vector de la enfermedad de Chagas (*triatomino o pito*),
- Los síntomas en humanos y animales,

- Las formas de prevención,
- El ciclo de transmisión de la enfermedad,
- Imágenes alusivas a la rabia en animales y medidas de control.

Los estudiantes fueron divididos en grupos pequeños, a quienes se les explicó previamente los conceptos básicos de ambas enfermedades. Posteriormente, se desarrolló el juego del dominó, donde cada grupo debía relacionar correctamente las imágenes con las descripciones correspondientes, fomentando el aprendizaje colaborativo y la reflexión sobre las medidas de prevención.

Temas tratados

- **Enfermedad de Chagas:** agente transmisor, signos clínicos, formas de transmisión y medidas de prevención en el hogar y la comunidad.
- **Rabia en animales:** transmisión, síntomas en perros, gatos y humanos, importancia de la vacunación y del control animal.
- **Medidas de prevención comunitaria:** cuidado del entorno, limpieza de viviendas, control de vectores y vacunación animal.

Resultados

- Los estudiantes demostraron **interés y participación activa** durante la actividad.
- Se observó un **mayor nivel de comprensión** de las enfermedades tratadas gracias a la metodología lúdica.
- Los participantes identificaron correctamente los vectores y las principales medidas de prevención.
- Se generó un espacio de **diálogo y reflexión** sobre la importancia de la salud animal y humana en el contexto rural.

En seguida se realiza la actividad con la cartilla #5 que obtiene la información sobre la enfermedad de Chagas. La cartillas tienen como finalidad explicar los temas de la concurrencia como lo es, las enfermedades de Chagas, con el fin de que los participantes puedan entender el tema y la importancia de saber sobre él, además es una herramienta fundamental para la jornada del taller para que la trabajadora social se le facilite la explicación del tema para dar inicio al taller ya que primero es adecuado explicar el tema para que los participantes puedan entender la finalidad de la dinámica y que cada uno se lleve a sus hogares un aprendizaje más para sus vidas y que sean participantes activos que la concurrencia ya que ellos pueden multiplican la información con sus familias, por otro lado, en los espacios que nos brindas el municipio no se tiene herramientas tecnológicas y se debe buscar estrategias más prácticas y creativas para poder realizar mejor la actividad. es por esta razón que se inicia con la explicación a través de cartillas dinámicas.

A continuación, se dará a conocer la cartilla con la cual se desarrolla la actividad.





CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☐SI ☐NO

Observaciones:

- El uso de herramientas lúdico-pedagógicas como el dominó educativo facilita el proceso de aprendizaje en temas de salud pública.
- Los estudiantes adquirieron conocimientos fundamentales sobre la enfermedad de Chagas y la rabia, entendiendo su impacto en las comunidades rurales.
- Se fortaleció la conciencia sobre la **prevención de enfermedades zoonóticas y transmitidas por vectores**.
- Se recomienda continuar con este tipo de estrategias educativas en diferentes grados para fomentar hábitos saludables y el autocuidado.

Se Anexa planilla de asistencia

DOCUMENTO TECNICO Y DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA

TALLER LÚDICO–PEDAGÓGICO

TERCER CORTE

1. Datos generales

- **Nombre del taller:** DOMINANDO EL PITO Y L A RABIA
- **Tipo de actividad:** Taller lúdico-pedagógico con domino educativo
- **Tema central:** Prevención y conocimiento de la enfermedad de Chagas y enfermedades de ETV y zoonosis
- **Duración:** 60 minutos
- **Población objetivo** comunidad
- **Lugar de aplicación:** colegio ITO estudiantes de grado octavo
- **Responsables:** concurrencia de Chagas trabajadora social

Introducción

El taller lúdico pedagógico se desarrolló en el colegio ITO estudiantes de grado octavo del municipio de Ubaque con el propósito de fortalecer los conocimientos de la comunidad sobre la enfermedad de Chagas, así como otras enfermedades transmitidas por vectores (ETV) y zoonosis, mediante una estrategia participativa y dinámica.

La actividad se llevó a cabo utilizando un juego de dominó con imágenes alusivas a los vectores, síntomas, medidas preventivas y animales transmisores, promoviendo la participación activa y el aprendizaje significativo.

Objetivos

Objetivo general:

Promover el conocimiento y la prevención de la enfermedad de Chagas, las ETV y las zoonosis en la comunidad en el colegio ITO estudiantes de grado octavo a través de una estrategia lúdico-pedagógica.

Objetivos específicos:

- ✓ Identificar los principales vectores y animales involucrados en la transmisión de estas enfermedades.
- ✓ Reconocer los síntomas y factores de riesgo asociados.
- ✓ Fomentar hábitos saludables y medidas de prevención en el hogar y la comunidad.
- ✓ Generar un espacio de integración comunitaria a través del aprendizaje participativo.

Metodología

El taller se basó en la metodología de educación participativa y lúdica, donde los asistentes aprendieron de forma divertida y práctica.

Se explicó brevemente qué son las ETV y las zoonosis, destacando la enfermedad de Chagas.

Posteriormente, se entregó a los grupos el juego de dominó educativo, cuyas fichas contenían imágenes sobre:

El vector Triatoma (pito).

Viviendas con condiciones de riesgo.

Medidas de prevención (aseo, control de animales, fumigación, etc.).

Otros vectores como el zancudo transmisor del dengue y animales relacionados con zoonosis (perros, gatos, murciélagos, roedores, entre otros).

Los participantes debían relacionar correctamente las imágenes, reforzando los conocimientos compartidos durante la charla.

Al finalizar, se realizó una socialización de los aprendizajes y compromisos adquiridos.

Resultados

Participaron aproximadamente 5 personas, incluyendo niños, jóvenes y adultos. Se logró fortalecer los conocimientos sobre la enfermedad de Chagas, sus formas de transmisión y prevención. La comunidad identificó las condiciones ambientales que favorecen la presencia del vector y propuso acciones de mejora. Se fomentó la participación activa e intergeneracional, fortaleciendo la comunicación y el trabajo

comunitario, Los participantes manifestaron interés en continuar con actividades educativas de salud y saneamiento ambiental.

- Las estrategias lúdico-pedagógicas como el dominó educativo son herramientas efectivas para la promoción de la salud en comunidades rurales.

- Se evidenció el compromiso comunitario en la identificación y prevención de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis.

- Es importante dar seguimiento a las acciones preventivas, especialmente en el control de vectores y la mejora de las condiciones de vivienda.

- La educación en salud fortalece el sentido de corresponsabilidad y mejora la calidad de vida de la comunidad.

Recomendaciones

✪ Continuar desarrollando talleres lúdicos con otras temáticas de salud pública.

✪ Realizar visitas domiciliarias para identificar factores de riesgo y acompañar a las familias en la implementación de medidas preventivas.

✪ Fortalecer el trabajo interinstitucional entre la comunidad, la alcaldía y el sector salud.

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDOS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	13- NOVIEMBRE - 2025
LUGA	UBAQUE TALLER PEDAGOGICO	HORA INICIO:	8:00 am
DEPENDENCIA QUE COORDINA:	CONCURRENCIA CHAGAS	HORA FIN:	9:00 am

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN											TELEFONO	FIRMA	FIRMA
							DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GENERO	AFRODESCENDIENTE	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	REINTEGRADO(A)	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ	MIGRANTE	SISBEN			
1	Santiago Pinzón	1076320717	17	M	Ubaque	R												3137858982		
2	Diego Castillo	1076800458	19	M	Ubaque	R												3224865560		Diego Castillo
3	Cristian Gomez	1011324137	17	M	Ubaque	R												3102360266		
4	Angel Cruz	1033721764	17	M	Ubaque	R												3142609061		Angel Cruz
5	José Malagón	1035701031	19	M	Ubaque	R												3137833254		
6	Andres Gomez	1074476788	17	M	Ubaque	R												3178321063		
7	Angelica Fuentes	1076200889	16	F	Ubaque	R												3223108827		Angelica T
8	Kevin Mesa	1076200779	17	M	Ubaque	R												3123867329		Kevin Mesa
9	Alejandra Espinosa	1076200870	16	F	Ubaque	R												3202225746		Alejandra
10	Jhon Armando Fonseca	1122956776	17	M	Ubaque	R												304 3577983		
11	Bayan Alexander Villa	1069098946	18	M	Ubaque	R												3014083478		
12	Edwin Herrera	1074131640	14	M	Ubaque	R												3276729405		
13	Juan Esteban A	1076100805	19	M	Ubaque	R												3228378018		Juan Esteban

RESPONSABLE	TS Nataly Castillo.	GERENCIA	

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA: No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis

FECHA: 13- Noviembre-2025

LUGA: Ubaque taller Pedagogico

HORA INICIO: 8:00am

DEPENDENCIA QUE COORDINA: Convivencia Abrigos

HORA FIN: 9:00 am.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN														TELÉFONO	E-MAIL	FIRMA
							DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO	AFRODESCENDIENTE	INDIGENA	PALENQUERO	ROM	REINTEGRADO(A)	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	JOVEN					
1	Sindy Natalia	1016200608	18	F	Ubaque	Urbano															3215321956		
2	Mabell Herrera	1076200870	16	F	Ubaque	Urbano																	
3	Mariana G	1074136738	17	F	Ubaque	Rural															3208148336		
4	Ritzabeth Salcedo	1076238231	17	F	Ubaque	Urbano															3115044289		
5	Diana Gomez	1076914983	16	F	Ubaque	Rural															3137561035		
6	Leidy no sirve	1076200663	17	F	Ubaque	Urbano															3143263594		
7	Jenny Beltran	1031629457	17	F	Ubaque	Rural															3023404551		
8	Jary Herrera	1074131788	17	F																	3209806652		
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							

RESPONSABLE

GERENCIA

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 3

LUGAR: colegio ubaque

EVENTO: taller ludico pedagógico

FOTO N° 4 de 4

PROVINCIA: oriente

Fecha de toma (13/11/2025):






13/11/2025 8:16:22 a. m.
430 Calle 3
Ubaque
Cundinamarca
Altitud 1844.4msnm
#TS Natali Castillo

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS



Observaciones:

_____
_____
_____.

cod_eve	fec_not	semana	año	cod_pre	cod_sub	pri_nom_	seg_nom_
300	04/10/2025	40	2025	25181000!	02	MARGARE	MERCEDES
300	02/10/2025	40	2025	25181000!	02	JUAN	JOSE
356	10/10/2025	41	2025	25181000!	02	ALEJANDRO	
356	06/10/2025	41	2025	25181000!	02	OLGA	BEATRIZ
300	13/10/2025	42	2025	25181000!	02	BRAYAN	ALEXANDE

pri_ape_	seg_ape_	tip_ide_	num_ide_	edad_	nombre_n	sexo_	cod_pais_	cod_dpto_	cod_mun_
PEÑA	PULIDO	CC	10689753	32	COLOMBIA	F	170	25	181
CASAS	BARRAGAN	TI	11459280	13	COLOMBIA	M	170	25	181
CANDAMIL	RODRIGUE	CC	79624083	51	COLOMBIA	M	170	25	181
ESCOBAR	GUERRERO	CC	52523538	46	COLOMBIA	F	170	25	181
CUADRADO	TORRES	CC	10076648	24	COLOMBIA	M	170	25	181

area_	localidad_	cen_pobla	vereda_	bar_ver_	dir_res_	lat_dir	long_dir	ocupacion	tip_ss_
3			EL UVAL		CENTRO			99999.04	C
1	NO APLICA				KR 3 A 8 35			99999.05	C
3			CARRIZO		FINCA EL ARRAYAN VEREDA CAR			92140	S
1	CENTRO		DESCONOCIDA		CENTRO			53120	C
3			GUAZA		CENTRO			83230	C

cod_ase_	fec_con_	ini_sin_	ajuste_	telefono_	fecha_nto	cer_def_	cbmte_	uni_modif	nuni_modi
EPS017	04/10/202	04/10/202	0	31154766	13/07/1993			25181000	CENTRO D
EPS037	02/10/202	30/09/202	0	32089432	15/07/2012			25181000	CENTRO D
EPSS08	10/10/202	10/10/202	0	31847166	29/04/1974			25181000	CENTRO D
EPS008	06/10/202	06/10/202	0	31931053	05/12/1978			25181000	CENTRO D
EPS037	13/10/202	13/10/202	0	32199450	10/09/2001			25181000	CENTRO D

nom_dil_f	tel_dil_f_	fec_aju_	nit_upgd	version	nom_eve	nom_upgc	npais_proc	ndep_proc	nmun_pro
KAROL SAI	60124114	18/10/202	80017437	Captura 2.	AGRESION	CENTRO D	COLOMBIA	CUNDINAN	CHOACHI
LINA MAR	6022022	18/10/202	80017437	Captura 2.	AGRESION	CENTRO D	COLOMBIA	CUNDINAN	CHOACHI
ISABELLA E	60124114	18/10/202	80017437	Captura 2.	INTENTO D	CENTRO D	COLOMBIA	CUNDINAN	CHOACHI
SEBASTIAN	60124114	18/10/202	80017437	Captura 2.	INTENTO D	CENTRO D	COLOMBIA	CUNDINAN	CHOACHI
KAROL SAI	60124114	18/10/202	80017437	Captura 2.	AGRESION	CENTRO D	COLOMBIA	CUNDINAN	CHOACHI

npais_resi	ndep_resi	nmun_resi	ndep_noti	nmun_not	FechaHora	RegIniFec
COLOMBIA	CUNDINAM	CHOACHI	CUNDINAM	CHOACHI	18/10/2025	18/10/2025
COLOMBIA	CUNDINAM	CHOACHI	CUNDINAM	CHOACHI	18/10/2025	18/10/2025
COLOMBIA	CUNDINAM	CHOACHI	CUNDINAM	CHOACHI	18/10/2025	18/10/2025
COLOMBIA	CUNDINAM	CHOACHI	CUNDINAM	CHOACHI	18/10/2025	18/10/2025
COLOMBIA	CUNDINAM	FOMEQUE	CUNDINAM	CHOACHI	18/10/2025	18/10/2025

cod_eve	fec_not	semana	año	cod_pre	cod_sub	pri_nom_	seg_nom_	pri_ape_
300	05/11/2025	45	2025	25279000[illegible]	01	DELIA	AMPARO	BAQUERO
113	04/10/2025	37	2025	25279000[illegible]	01	KYLLYAN	ANDRES	RANGEL
549	07/10/2025	41	2025	25279000[illegible]	01	LEDIS	MARIA	LUJAN
300	16/10/2025	42	2025	25279000[illegible]	01	LAURA	VALENTIN/	RODRIGUE
850	08/10/2025	41	2025	25279000[illegible]	01	DANIELA		REBOLLED
300	19/10/2025	43	2025	25279000[illegible]	01	EDGAR	ERNESTO	DIAZ
356	04/11/2025	45	2025	25279000[illegible]	01	SANDRA	MILENA	JUNCA
300	04/10/2025	40	2025	25279000[illegible]	01	JOSE	DANIEL	ROJAS
300	18/10/2025	42	2025	25279000[illegible]	01	HAZBLEIDY	LORENA	RINCON
831	25/10/2025	43	2025	25279000[illegible]	01	CAMILA		GRANADO
875	19/10/2025	43	2025	25279000[illegible]	01	ANA	GRACIELA	ROMERO
100	22/10/2025	43	2025	25279000[illegible]	01	ALBA	INES	SERRATO

seg_ape_	tip_ide_	num_ide_	edad_	uni_med_	nacionali_	nombre_n	sexo_	localidad_	cen_pobla
CUELLAR	CC	20532113	58	1	170	COLOMBIA	F		LA UNION
BELEÑO	RC	10635008	1	1	170	COLOMBIA	M		
OQUENDO	TI	10321818	17	1	170	COLOMBIA	F		
ARDILA	RC	10716323	6	1	170	COLOMBIA	F		
URARIYU	CC	11228381	22	1	170	COLOMBIA	F		
PARDO	CC	3000205	61	1	170	COLOMBIA	M	CENTRO	
ROJAS	CC	10036188	22	1	170	COLOMBIA	F		
VELASQUE	TI	10716307	13	1	170	COLOMBIA	M	CENTRO	
BARBOSA	CC	11219492	27	1	170	COLOMBIA	F		
MOLINA	TI	10213159	14	1	170	COLOMBIA	F	CENTRO	
TURRIAGO	CC	39696677	63	1	170	COLOMBIA	F	CENTRO	
GAMBOA	CC	55146511	65	1	170	COLOMBIA	F		

vereda_	bar_ver_	dir_res_	lat_dir	long_dir	ocupacion	tip_ss_	cod_ase_	fec_con_	ini_sin_
DESCONO(	POPULAR	FOMEQUE LA UNION			75499	S	EPSS08	04/11/202	04/11/202
POTRERO	GRANDE	POTRERO GRANDE FOMEQUE			99999.07	S	EPSS41	13/09/202	13/09/202
LAVADERO		SIN INFORMACION			99999.06	S	EPSS37	06/10/202	- -
CARRIZAL		VEREDA CARRIZAL			99999.05	S	EPSS41	16/10/202	16/10/202
RIO BLANCO		RIO BLANCO			99999.04	S	EPSS08	27/08/202	27/08/202
DESCONO(	CENTRO	CENTRO			23300	E	REMG02	19/10/202	19/10/202
LAVADERC	POPULAR	LAVADERO CERCA PIQUETEADEF			99999.04	S	EPSS17	03/11/202	03/11/202
DESCONO(	CENTRO	CENTRO			99999.05	S	EPSS08	03/10/202	03/10/202
CARRIZAL		CARRIZAL			99999.05	S	EPSS17	17/10/202	17/10/202
DESCONO(	CENTRO	CENTRO			99999.05	S	EPSS05	24/10/202	24/10/202
DESCONO(	CENTRO	CARRERA 5 5 28			33399	S	EPSS41	19/10/202	19/10/202
RIONEGRO		VEREDA RIO NEGRO			61111	S	EPSS08	21/10/202	21/10/202

fec_hos_	con_fin_	telefono_	fecha_nto_	uni_modif	nuni_modi	nom_dil_f_	tel_dil_f_	fec_aju_
- -	1	31668899	11/08/1967	25279000	ESE HOSPI	RICHARD D	31151661	05/11/202
- -	1	32187511	11/03/2024	25279000	ESE HOSPI	ERIKA SOF	30085440	06/10/202
06/10/202	1	31383307	19/07/2008	25279000	ESE HOSPI	MARY LUZ	31157547	14/10/202
- -	1	32031917	22/10/2018	25279000	ESE HOSPI	JUAN LUIS	30143188	19/10/202
- -	1	30165333	17/09/2003	25279000	ESE HOSPI	HELBERT A	31769811	08/10/202
- -	1	31146901	05/05/1964	25279000	ESE HOSPI	ANEV BAU	31030238	20/10/202
- -	1	32048334	07/02/2003	25279000	ESE HOSPI	ALEX PLAT	32263821	05/11/202
- -	1	31242456	26/08/2012	25279000	ESE HOSPI	MAGDA LC	32123021	06/10/202
- -	1	32141911	09/11/1997	25279000	ESE HOSPI	SEBASTIAN	31423269	19/10/202
- -	1	31249046	11/12/2010	25279000	ESE HOSPI	DAYANA C	32063973	25/10/202
- -	1	31785318	16/02/1962	25279000	ESE HOSPI	ALEX PLAT	32263821	24/10/202
21/10/202	1	31387810	23/05/1960	25279000	ESE HOSPI	MARY LUZ	31157547	24/10/202

nit_upgd	version	nom_eve	nom_upgd	npais_proc	ndep_proc	nmun_pro	npais_resi	ndep_resi	nmun_resi
80017437!	Captura 2.	AGRESION	ESE HOSPI	COLOMBIA	CUNDINAN	FOMEQUE	COLOMBIA	CUNDINAN	FOMEQUE
80017437!	Captura 2.	DESNUTRI(	ESE HOSPI	COLOMBIA	CUNDINAN	FOMEQUE	COLOMBIA	CUNDINAN	FOMEQUE
80017437!	Captura 2.	MORBILID/	ESE HOSPI	COLOMBIA	CUNDINAN	FOMEQUE	COLOMBIA	CUNDINAN	FOMEQUE
80017437!	Captura 2.	AGRESION	ESE HOSPI	COLOMBIA	CUNDINAN	FOMEQUE	COLOMBIA	CUNDINAN	FOMEQUE
80017437!	Captura 2.	VIH/SIDA/I	ESE HOSPI	COLOMBIA	CUNDINAN	FOMEQUE	COLOMBIA	CUNDINAN	FOMEQUE
80017437!	Captura 2.	AGRESION	ESE HOSPI	COLOMBIA	CUNDINAN	FOMEQUE	COLOMBIA	CUNDINAN	FOMEQUE
80017437!	Captura 2.	INTENTO D	ESE HOSPI	COLOMBIA	CUNDINAN	FOMEQUE	COLOMBIA	CUNDINAN	FOMEQUE
80017437!	Captura 2.	AGRESION	ESE HOSPI	COLOMBIA	CUNDINAN	FOMEQUE	COLOMBIA	CUNDINAN	FOMEQUE
80017437!	Captura 2.	AGRESION	ESE HOSPI	COLOMBIA	CUNDINAN	FOMEQUE	COLOMBIA	CUNDINAN	FOMEQUE
80017437!	Captura 2.	VARICELA	ESE HOSPI	COLOMBIA	CUNDINAN	FOMEQUE	COLOMBIA	CUNDINAN	FOMEQUE
80017437!	Captura 2.	VIGILANCI/	ESE HOSPI	COLOMBIA	CUNDINAN	FOMEQUE	COLOMBIA	CUNDINAN	FOMEQUE
80017437!	Captura 2.	ACCIDENTI	ESE HOSPI	COLOMBIA	CUNDINAN	FOMEQUE	COLOMBIA	CUNDINAN	FOMEQUE

ndep_noti	nmun_not	FechaHora	RegIniFec
CUNDINAM	FOMEQUE	05/11/202	05/11/2025
CUNDINAM	FOMEQUE	06/10/202	06/10/2025
CUNDINAM	FOMEQUE	14/10/202	14/10/2025
CUNDINAM	FOMEQUE	19/10/202	19/10/2025
CUNDINAM	FOMEQUE	08/10/202	08/10/2025
CUNDINAM	FOMEQUE	20/10/202	20/10/2025
CUNDINAM	FOMEQUE	05/11/202	05/11/2025
CUNDINAM	FOMEQUE	06/10/202	06/10/2025
CUNDINAM	FOMEQUE	19/10/202	19/10/2025
CUNDINAM	FOMEQUE	25/10/202	25/10/2025
CUNDINAM	FOMEQUE	24/10/202	24/10/2025
CUNDINAM	FOMEQUE	24/10/202	24/10/2025

cod_eve	fec_not	semana	año	cod_pre	cod_sub	pri_nom_	seg_nom_	pri_ape_
300	24/10/2025	43	2025	25841000!	03	MARIA	ISMENIA	DAZA
831	09/10/2025	41	2025	25841000!	03	LIAM	XAVIER	RAMOS
205	10/10/2025	41	2025	25841000!	03	LUIS	ALFREDO	HERRERA
300	10/11/2025	46	2025	25841000!	03	ALEJANDR		CASIANO

seg_ape_	tip_ide_	num_ide_	edad_	uni_med_	nacionali_	nombre_n	sexo_	vereda_	bar_ver_
DAZA	CC	20440032	71	1	170	COLOMBIA	F	ROMERO	BAJO
CHAVEZ	RC	1076202359		2	170	COLOMBIA	M	MOLINO	
CASIANO	CC	3220310	61	1	170	COLOMBIA	M	FISTEGA	
LAVADO	CC	3219525	72	1	170	COLOMBIA	M	ROMERO	BAJO

dir_res_	lat_dir	long_dir	ocupacion	tip_ss_	cod_ase_	per_etn_	nom_grup	estrato_	gp_discapa
VEREDA ROMERO BAJO			99999.04	S	EPSS41	6		2	2
MOLINO			99999.07	S	EPSS17	6		2	2
FISTEGA			61111	S	EPSS41	6		2	2
VEREDA ROMERO BAJO			99999.01	S	EPSS41	6		2	2

cod_pais_r	cod_dpto_	cod_mun_	fec_con_	ini_sin_	telefono_	fecha_nto	cer_def_	cbmte_	uni_modif
170	25	841	24/10/202	21/10/2025		13/06/1954			25841000
170	25	841	09/10/202	06/10/202	324252976	09/01/2025			25841000
170	25	841	05/10/202	05/10/202	312445825	12/04/1964			25841000
170	25	841	10/11/202	10/11/202	312558802	16/01/1953			25841000

nuni_mod	fec_arc_xl	nom_dil_f_	tel_dil_f_	fec_aju_	nit_upgd	version	nom_eve	nom_upgd	npais_proc
CENTRO D	- -	JUAN CAM	30464597	11/11/202	80017437	Captura 2.	AGRESION	CENTRO D	COLOMBIA
CENTRO D	- -	ANEV FERI	31030238	10/10/202	80017437	Captura 2.	VARICELA	CENTRO D	COLOMBIA
CENTRO D	- -	ANEV FERI	31030238	22/10/202	80017437	Captura 2.	CHAGAS	CENTRO D	COLOMBIA
CENTRO D	- -	HELBERT A	31769892	11/11/202	80017437	Captura 2.	AGRESION	CENTRO D	COLOMBIA

ndep_proc	nmun_pro	npais_resi	ndep_resi	nmun_resi	ndep_noti	nmun_not	FechaHora	RegIniFec
CUNDINAN	UBAQUE	COLOMBIA	CUNDINAN	UBAQUE	CUNDINAN	UBAQUE	11/11/202	11/11/2025
CUNDINAN	UBAQUE	COLOMBIA	CUNDINAN	UBAQUE	CUNDINAN	UBAQUE	10/10/202	10/10/2025
CUNDINAN	UBAQUE	COLOMBIA	CUNDINAN	UBAQUE	CUNDINAN	UBAQUE	22/10/202	22/10/2025
CUNDINAN	UBAQUE	COLOMBIA	CUNDINAN	UBAQUE	CUNDINAN	UBAQUE	11/11/202	11/11/2025

FECHA DE LA ASISTENCIA: 2/11/2025

INFORMACIÓN GENERAL

Medio de Asistencia Técnica:

☒Campo ☐Virtual ☐Oficina

DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD

DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR

Nombres y apellidos: DANIELA ESCOBAR PAREJA	Cargo: CONTRATISTA-PSICOLOGA
Correo electrónico institucional: danielaescobarpsico@gmail.com	Teléfono: 3133334297

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO
(Solicitante o uno de los beneficiarios)

Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro)

Renta ciudadana de Fómeque Cundinamarca

Nombre del beneficiario: Correo electrónico

Beneficiarios del programa renta ciudadana

Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Fómeque Cundinamarca

Número total de beneficiarios:

19 personas

TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)

OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca

ACTIVIDADES REALIZADAS

El día 2 de octubre de 2025 se llevó a cabo la **movilización social de fin de año** para los beneficiarios de renta ciudadana del municipio de Fómeque , en coordinación de la contratista de la alcaldía MARIA PINZON y su equipo de trabajo vinculado a la SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL del municipio, esta movilización se realizó en el salón parroquial ubicado en el casco urbano del municipio de Fómeque, donde se abrieron espacios para, toma de muestras de Chagas a las poblaciones beneficiarias de la concurrencia, intervención de la psicóloga Daniela Escobar con temas de zoonosis,

Scanned with CamScanner

secretaria de la mujer de la GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA y se finaliza el espacio con entrega de regalos y desayuno.

La jornada se realizó de manera **articulada con los actores previamente mencionados,** aprovechando la afluencia de personas que acudían a dicha clausura del programa en el casco urbano del municipio de Fómeque. Esta integración permitió optimizar los recursos disponibles y ampliar el impacto educativo al llegar a un mayor número de usuarios.

Durante la actividad se desarrollaron **acciones de educación, sensibilización y promoción de la salud**, enfocadas en fortalecer los conocimientos de la comunidad sobre la **enfermedad de Chagas**, sus mecanismos de transmisión, síntomas más frecuentes y las medidas de prevención tanto a nivel individual como colectivo.

A través de un diálogo cercano y material educativo visual, se explicó la **biología y comportamiento del vector transmisor**, conocido como *pito* o triatomino, haciendo énfasis en los **factores que favorecen su presencia en las viviendas**, como paredes con grietas, techos deteriorados, acumulación de materiales, desorden en los espacios y presencia de animales domésticos sin control adecuado.



Se orientó a los asistentes sobre la **importancia del mantenimiento estructural del hogar**, promoviendo prácticas de limpieza periódica, revoque de paredes, organización de enseres y revisión constante de rincones y techos, con el fin de eliminar posibles criaderos o refugios del vector.

Asimismo, se enfatizó en la **detección temprana y el diagnóstico oportuno** de la enfermedad, invitando a la comunidad a participar activamente en las jornadas de

Scanned with CamScanner

búsqueda de casos y en las estrategias de vigilancia entomológica impulsadas por la Secretaría de Salud.



Desde el componente psicosocial, se resaltó la relevancia del **rol de la comunidad como agente activo en la prevención**, promoviendo la cooperación entre vecinos y el reporte oportuno de la presencia del vector a las autoridades de salud.

Finalmente, la jornada permitió **fortalecer la conciencia comunitaria sobre el autocuidado y la salud ambiental**, integrando la prevención de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis en un mismo espacio educativo, lo que generó un impacto positivo en la apropiación del mensaje y en la participación de los asistentes

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☐SI ☐NO
Observaciones:

- Se alcanzó una **amplia participación de la comunidad**, principalmente de usuarios que asistieron a la jornada de vacunación de mascotas.
- Los asistentes demostraron **interés y receptividad** frente a la información brindada.
- Se entregó material educativo y se resolvieron inquietudes relacionadas con la enfermedad y sus medidas de prevención.

Se Anexa planilla de asistencia

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE POBLACIÓN BENEFICIADA

Código:	M-PDDS-FR-057
Versión:	2
Fecha de aprobación:	03/02/2025

TEMA:				**HORA INICIO:**	
LUGAR:		**FECHA:**	02-11-2024	**HORA FIN:**	
DEPENDENCIA QUE COORDINA:				**RESPONSABLE:**	

NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	SEXO			MUNICIPIO	ZONA		GRUPO POBLACIONAL										TELÉFONO	E-MAIL	FIRMA
			MASCULINO	FEMENINO	OTRO		URBANO	RURAL	DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	NEGRO	AFROCOLOMBIANO	RAIZAL	PALENQUERO	RrOM	LGTBIQ+	MIGRANTE			
Joel Alejandro Vazquez		4				Fómeque													3226110741		Joel.
Valery Camila Torres	1071631336	11		X		Fómeque		X											3142238879		Valery
Yermenia Ayde Ayala	3.015.731			.		Fmeque													321.903.70.10		Yermenia
Sully Yaritco Torres	1071629776	16		X		fomeque		x											3142180359		Sully Yar
Maria Alexandra Machado		6		X		fomeque		X													Maria Alexa
Johana Cuellar	1071628667	38		X		fomeque		X											3233311621		Joana
Claudia Machado	20 485490	48		X		Fomeque		/											3108[illegible]		[illegible]
Ana [illegible]	20329774	30		X		fomeque		x											3[illegible]		[illegible]
[illegible]	3.01627	79				[illegible]		X											3214966234		[illegible]
[illegible]	228290	919																			[illegible]
Anthonella Prieto		7		X		Fomeque													3212138823		Anthonella
Ely Garay		4	X			Fomaque															[illegible]
Angeli [illegible] Adriana	1126127704	29		X		Fomaque													3212438823		[illegible]
Eladdia yuneth castro	1071630709	32		X		fomeque													3227638817		[illegible]
Luz DARY LEÓN P.	1071630491	32		X		Fómeque		X											3219937516		Luz DARY LEÓN P.
María José Rodriguez León	1071632825	2		X		Fómeque		X											3219937516		María José Rodriguez
Angie Carolina Sánchez	1071631038	30		X		Fomeque		X											3203827641		[illegible]
Isabella Peña S	1028703214	4		X		Fomeque		X											3203827641		
Sofia Peña S	1015485727	6		X		Fómeque		X											3203827641		

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y al Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co.

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 08 entrega 3

LUGAR: SALÓN PARROQUIAL - FÓMEQUE

EVENTO: MOVILIZACIÓN RENTA CIUDADANA

fOTO N° 1 de 1

Fecha de toma (2/11/2025):

PROVINCIA: ORIENTE



Observaciones:

_____

_____

_____

Scanned with CamScanner

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**30 DE OCTUBRE DEL 2025**

INFORMACIÓN GENERAL	
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina	
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR	
Nombres y apellidos: KEIDI NATALY CASTILLO HERRERA	Cargo: TRABAJADORA SOCIAL
Correo electrónico institucional:keidi267@gmail.com	Teléfono: 3123119550
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)	
Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro) MOVILIZACION JORNADA de CANCER	
Nombre del beneficiario: COMUNITARIO Y EQUIPOS BASICOS	Correo electrónico
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: CHOACHI	
Número total de beneficiarios: MAS DE 10 PERSONAS	
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)	
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca "Realizar articuladamente una movilización social mensual en su área de influencia, haciendo énfasis en la enfermedad de Chagas".	

ACTIVIDADES REALIZADAS

METODOLOGIA

Se realiza jornada de movilización en el municipio de CHOACHI Cundinamarca en la alcaldía del municipio, con la comunidad que participo en la jornada de cáncer en el parque principal, dicha actividad fue programada por parte de la alcaldía de Choachí y el hospital de fomeque, donde se realizó la jornada de prevención del cáncer, promoción y prevención de Chagas y toma de exámenes y muestras, se logro tener una jornada agradable, también estuvieron los grupo de equipos básicos, PIC municipal y departamental.

Por parte de la concurrencia de Chagas a través de la líder se aceptó la invitación para participar.

Durante el encuentro se desarrolló las siguientes actividades:

- Bienvenida
- Explicación sobre la concurrencia de Chagas
- Se explico sobre la importancia de la toma de muestras para los niños
- Los profesionales realizaron talleres educativos
- Toma de muestras
- Prevención y promoción

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Dentro del encuentro se participó con un stand donde se encontraba todos los servicios de la concurrencia de Chagas como lo fue las dos psicosociales, los auxiliares técnicos de ETV, auxiliares de enfermería, bacterióloga y la coordinadora se realiza una jornada muy completa para el municipio.

Durante la jornada se pudo evidenciar la gran participación de la comunidad, donde se realizaron además de talleres educativos, muestras de sangre y articulación con los equipos básicos y PIC departamental y municipal.

Se evidencia que la comunidad está interesada en saber sobre el tema y todavía se evidencia que la población del municipio desconoce sobre la enfermedad de Chagas, además de la población que se obtuvo durante la jornada fueron muy participantes en el momento de la explicación.

Durante la movilización se realiza la explicación con la siguiente publicidad como folletos, volantes y afiches con la información sobre la enfermedad de Chagas, además se realizó la explicación del tema con las cartillas educativas creadas por la trabajadora social de la concurrencia, los elementos de soporte para dicha actividad fueron los siguientes:

CARTILLA EDUCATIVA SOBRE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS









Durante la actividad se pudo identificar que estuvieron concentrados con cumplir su labor, además algunos de ellos se tomaron la dinámica con todo el respeto y la seriedad que merecía el taller, también se pudo ver que estaban felices

El propósito de la actividad es que cada participante tenga en cuenta el tema que se explicó y pueda llevar una buena información y así se convierta en un participante activo y un pequeño líder informante del programa

Por ultimo se logra articular con la institución y poder organizar otros encuentros.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☐SI ☐NO

Observaciones:

Se Anexa planilla de asistencia

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-062
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-Jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	**FECHA**	30 - OCTUBRE - 2025
LUGAR:	CHOACHI JORNADA DE SALUD MOVILIZACIÓN	**HORA INICIO:**	10:00 am.
DEPENDENCIA QUE COORDINA:	CONSEJERIA DE CHAGAS.	**HORA FIN:**	12:00 pm

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN: DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	INDÍGENA	AFRICA/AFROCOLOMBIANO	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	REINTEGRACIÓN	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	FIRMA	TELÉFONO	E-MAIL	HUELLA
1	Alexandra Bonilla	1016052102	31	Mujer	Choachi	Centro													✓	317 353 [illegible]	[illegible]	[illegible]
2	Laura Ramos	1076E201 3661	30	F	Choachi	Rural													✗	3142260 8946	—	[illegible]
3	Cardinar Rodriguez	1024577399	28	F.	CHOACHI	RURAL.													✗	3212201412	[illegible]	Cardinar
4	Yicenara Agudelo	1071631 001	30	Femenino	Choachi	Urbano													✗	3144188 43	[illegible]	[illegible]
5	Yesica Carpio	1076421595	25	F	choachi	Rural													✗	3158112192	[illegible]	Yesica Carpio
6	[illegible]	[illegible]	27	F	Choachi	Urbano.													✗	3167[illegible]	[illegible]	[illegible]
7	Dayana Rios	1088[illegible]336	20	F	Choachi	Urbano													✗	3013[illegible]	[illegible]	[illegible]
8	Fiorella Gonzalez	2[illegible]	40	F	Choachi	Urbano													✗	3[illegible]	[illegible]	[illegible]
9	Lizeth Lopez	[illegible]	34	F	choachi	Rural													✗	3274[illegible]	[illegible]	[illegible]
10	Yanneth Restrepo	1[illegible]	34	F	Choachi	Rural													✓	3[illegible]	[illegible]	[illegible]
11																						
12																						
13																						

RESPONSABLE	TS NATALY CASTILLO HERRERA.	**GERENCIA**	

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 3

LUGAR: parque principal Choachí

EVENTO: movilización

FOTO N° 4 de 4

PROVINCIA: oriente

Fecha de toma (30/10/2025):



FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS







Observaciones:

_____
_____
_____.

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**8 DE NOVIEMBRE DEL 2025**

INFORMACIÓN GENERAL	
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina	
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR	
Nombres y apellidos: KEIDI NATALY CASTILLO HERRERA	Cargo: TRABAJADORA SOCIAL
Correo electrónico institucional: keidi267@gmail.com	Teléfono: 3123119550
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)	
Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro) MOVILIZACION PARQUE PRINCIPAL UBAQUE	
Nombre del beneficiario: COMUNIDAD	Correo electrónico
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: UBAQUE CUNDINAMARCA	
Número total de beneficiarios: 13 PERSONAS	
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)	
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca "Realizar articuladamente una movilización social mensual en su área de influencia, haciendo énfasis en la enfermedad de Chagas".	

ACTIVIDADES REALIZADAS

Se realiza jornada de movilización en el municipio de UBAQUE Cundinamarca, con la comunidad que participo en la jornada de salud en el parque principal, dicha actividad fue programada por parte del coordinador de PIC y alcaldía municipal ya que era la celebración del día de la familia en el municipio, por parte de la alcaldía se realiza la invitación a la concurrencia de Chagas para participar en la celebración donde solicitan un puesto de atención donde se realiza con el puesto de atención de vacunación del centro de salud, durante la jornada se realiza la bienvenida a la jornada donde indicaron las actividades que pueden encontrar en el momento. Se desarrolla la jornada en compañía del centro de salud, el centro de salud con varias jornadas como vacunación, prevención y promoción, Por parte de la concurrencia de Chagas a través de la líder se aceptó la invitación para participar. Se realizaron toma de muestras de Chagas por parte de la auxiliar de enfermería encargada del municipio.

Durante el encuentro se desarrolló las siguientes actividades:

- Bienvenida a todos los participantes al evento
- Talleres educativos concurrencia de Chagas
- Jornadas de vacunación
- Jornada de salud
- Toma de muestras de Chagas
- Celebración día de la familia con la comunidad de ubaque

el alcalde de la alcaldía de ubaque, realizo la bienvenida a la comunidad y a todos los participantes del evento, en seguida explican la finalidad del encuentro comunitario donde se explica que dentro del parque se estará realizando jornada de vacunación y toma de muestras.

Dentro del encuentro se desarrolló por parte de la concurrencia de Chagas, se realizó civilización sobre el tema, con el fin de dar a conocer la importancia de la concurrencia de Chagas, Los temas relacionados fueron; definición e importancia del tema, a través de una explicación por medio de unos afiches dinámicos donde otorgan una excelente información sobre el tema, con el fin de que las personas se lleven la información y puedan compartirla por las veredas o vecinos, además puedan identificar la información y de la misma forma que la persona que la recibió, se realiza pedagogía para que cada participante llegue a sus hogares a practicarlo. Durante la jornada se vacunaron 12 personas y se toma una muestra de la concurrencia de Chagas. Se evidencia que la

comunidad le interesa el tema de la enfermedad de Chagas, pero por motivos ajenos poco les interesa firmar la lista de asistencia ya que han comentado que están cansado de firmar tanto papel.

Se evidencia que la comunidad está interesada en saber sobre el tema y todavía se evidencia que la población del municipio desconoce sobre la enfermedad de Chagas, además de la población flotante que se obtuvo durante la jornada, es decir, los turistas fueron muy participantes en el momento de la explicación.

Durante la movilización se realiza la explicación con la siguiente publicidad como folletos, volantes y afiches con la información sobre la enfermedad de Chagas, además se realizó la explicación del tema con las cartillas educativas creadas por la trabajadora social de la concurrencia, los elementos de soporte para dicha actividad fueron los siguientes:







FOLLETO INFORMACION DE CHAGAS

Durante la actividad se pudo identificar que estuvieron concentrados con cumplir su labor, además algunos de ellos se tomaron la dinámica con todo el respeto y la seriedad que merecía el taller, también se pudo ver que estaban felices, El propósito de la actividad es que cada participante tenga en cuenta el tema que se explicó y pueda llevar una buena información y así se convierta en un participante activo y un pequeño líder informante del programa.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☐SI ☐NO

Observaciones:

Con la participación de la jornada de esta concurrencia se logra comprender que, mediante la divulgación, enseñanza lúdica, las personas logren comprender la importancia de seguimiento constante en el control de los vectores con el fin de evitar la propagación y presencia de casos dentro de la población infante dando cumplimiento a las acciones de enfermería.

Se Anexa planilla de asistencia

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código	M-PDS-FR-052
Versión	3
Fecha de aprobación	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	8 - NOVIEMBRE - 2024
LUGAR:	UBAQUE MANZANO PARQUE PRINCIPAL	HORA INICIO:	9:00 am
DEPENDENCIA QUE COORDINA:	CONSULTORIA CIVIL Chagas	HORA FIN:	12:00 Pm

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Nº IDENTIFICACIÓN | EDAD | GÉNERO | MUNICIPIO | LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano | ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN | | |

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 3

LUGAR: parque principal ubaque

EVENTO: movilización

FOTO N° 3 de 3

PROVINCIA: oriente

Fecha de toma (8/11/2025):



FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS





Observaciones:

_____
_____
_____.

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA Remisión TOMA DE MUESTRA PLAN DE INTERRUPCION DE LA TRANSMISION DE T. cruzi por R. prolixus Intradomiciliario	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-364 VERSIÓN: 04 FECHA DE APROBACIÓN: 2023-12-12

INSTITUCIÓN REMITENTE: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL	Nº DE MUESTRAS ENVIADAS AL LSPC: 35
MUNICIPIO: CHOACHI	TEMPERATURA DE ENVÍO: 2-6 °C
DIRECCIÓN: CALLE 4 NÚMERO 5-00	TEMPERATURA DE RECEPCIÓN: 6.7 -> 0 - 1 NOV 2025
TELEFONO: 3202175327	FECHA DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS EN EL LSPC:
E-MAIL INSTITUCIONAL: labfomeque@gmail.com	HORA DE RECEPCIÓN (24 HORAS): 1040 A4 RS
PROFESIONAL RESPONSABLE DEL ENVÍO: MAYRA MARTINEZ	RESPONSABLE DE LA RECEPCIÓN:

No. Consecutivo muestra	CÓDIGO LSPC (No diligenciar)	FECHA TOMA DE MUESTRA	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	SEXO		TIPO DE ID	Nº DE IDENTIFICACIÓN	EDAD				MUJER GESTANTE	MUNICIPIO DE PROCEDENCIA	VEREDA Y/O CORREGIMIENTO	TIPO DE MUESTRA
				F	M			< 5 AÑOS	5-15 AÑOS	15-18 AÑOS	>18 AÑOS				
1		24/10/25	KATHERIN SOFIA MARTINEZ TAPASCO	X		RC	1249968554	2A				N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
2		28/10/25	MARIA CAROLINA MARTINEZ CASTILLO	X		CC	20485989				45	NO	CHOACHI	MAZA	SUERO
3		28/10/25	DIANA ROCIO LOPEZ GARZON	X		CC	1068977142				26	NO	CHOACHI	POTRERO GRANDE	SUERO
4		28/10/25	DEYSI YOVANA GARAY LOPEZ	X		CC	20384581				44	NO	CHOACHI	RESGUARDO BAJO	SUERO
5		28/10/25	DORA INES HORTUA RODRIGUEZ	X		CC	1068972657				38	NO	CHOACHI	EL HATO	SUERO
6		28/10/25	ANA SOFIA GARZON MARTINEZ	X		TI	1068974123			17		NO	CHOACHI	EL BOSQUE	SUERO
7		28/10/25	KAROL JULIANA DIAZ CASTILLO	X		CC	1003475451				24	NO	CHOACHI	CHIVATE	SUERO
8		28/10/25	YURY ALEJANDRA MORA DIAZ	X		CC	1068976943				27	NO	CHOACHI	QUIUZA	SUERO
9		28/10/25	MARIA ISABEL RODRIGUEZ BARRETO	X		CC	20384890				42	NO	CHOACHI	RESGUARDO SUR	SUERO
10		28/10/25	ELIANA LICEHT RODRIGUEZ MARTINEZ	X		CC	1000224671				23	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
11		30/10/25	LUZ DANIELA PEREZ CARDENAS	X		CC	1066269071				25	NO	CHOACHI	BOBADILLAS	SUERO
12		30/10/25	GLADYS ESTELA ALAYON AMORTEGUI	X		CC	1068973364				37	NO	CHOACHI	ALTO DEL PALO	SUERO
13		30/10/25	ERIKA MAHECHA VELASQUEZ	X		CC	1007268942				38	NO	CHOACHI	RESGUARDO SUR	SUERO
14		30/10/25	ROCIO DEL PILAR RINCON AGUDELO	X		CC	20384709				43	NO	CHOACHI	LA LLANADA	SUERO
15		30/10/25	VALERY YULIANA CARVAJAL DIAZ	X		TI	1068975706		13			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
16		30/10/25	LUZ MIRYAM DIAZ RODRIGUEZ	X		CC	1068976606				28	NO	CHOACHI	QUIUZA	SUERO
17		30/10/25	ANGEL GABRIEL PRIETO RINCON		X	RC	1068977671	5				N2	CHOACHI	LA LLANADA	SUERO
18		30/10/25	YENNI ROCIO GUTIERREZ CLAVIJO	X		CC	20384602				42	NO	CHOACHI	LA LLANADA	SUERO

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Calle 21ª Nº 70-10, Bogotá D.C., Colombia Teléfono: 4112025
e-mail: labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA Remisión TOMA DE MUESTRA PLAN DE INTERRUPCION DE LA TRANSMISION DE T. cruzi por R. prolixus Intradomiciliario	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-364 VERSIÓN: 04 FECHA DE APROBACIÓN: 2023-12-12

19		30/10/25	KAREN NATALIA RODRIGUEZ VIRGUEZ	X		CC	1019604256				20	NO	CHOACHI	EL BOSQUE	SUERO
20		30/10/25	SANDRA YANETH DIAZ PARDO	X		CC	20384610				44	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
21		30/10/25	ALICIA RODRIGUEZ RIVERA	X		CC	20384995				40	NO	CHOACHI	BOBADILLAS	SUERO
22		30/10/25	JENNY MARCELA RAMOS TRIVIÑO	X		CC	1068975697				31	NO	CHOACHI	EL HATO	SUERO
23		30/10/25	DANIELA ESCOBAR PAREJA	X		CC	1020824757				28	NO	CHOACHI	VILLA ESPERANZA	SUERO
24		30/10/25	ANA MARICEL GOMEZ	X		CC	20485973				44	NO	CHOACHI	VILLA ESPERANZA	SUERO
25		30/10/25	KAROL BAQUERO FLOREZ	X		CC	1068976969				26	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
26		30/10/25	LIZETH PAOLA RIOS VITATA	X		CC	1068976336				29	NO	CHOACHI	SAN CARLOS	SUERO
27		30/10/25	DIANA FERNANDA AGUILAR DIAZ	X		CC	1068976773				27	NO	CHOACHI	SAN CARLOS	SUERO
28		30/10/25	HEIDY VALERIA RINCON LOPEZ	X		TI	1068977531		7			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
29		30/10/25	SILVANA LORENA TAPASCO LOAIZA	X		CC	1068973853				24	N/A	CHOACHI	POTRERO GRANDE	SUERO
30		01/11/25	LILI YURANI MOTTA DAZA	X		CC	1061796698				29	NO	CHOACHI	RESGUARDO BAJO	SUERO
31		01/11/25	JULIANA UZETH RODRIGUEZ PULIDO	X		CC	1003475771				22	NO	CHOACHI	RESGUARDO BAJO	SUERO
32		01/11/25	DIANA CAROLINA PARDO MARTINEZ	X		CC	1068975014				33	NO	CHOACHI	RIO BLANCO	SUERO
33		01/11/25	ANDREA LILIANA PEÑA CUBILLOS	X		CC	20384674				43	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
34		05/11/25	SARAH LUCIANA FUENTES HORTUA	X		RC	1068977644		5			NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
35		06/11/25	LINA ACOSTA ORTEGA	X		CC	1002463139				28	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO

LSPC: Laboratorio de salud Pública de Cundinamarca

OBSERVACIONES: La ox número 27 Diana Fernanda Aguilar Diaz no coincide el documento con la ox.

LA

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Calle 21ª Nº 70-10, Bogotá D.C., Colombia Teléfono: 4112025
e-mail: labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-364
		VERSIÓN: 04
	Remisión TOMA DE MUESTRA PLAN DE INTERRUPCION DE LA TRANSMISION DE T. cruzi por R. prolixus Intradomiciliario	FECHA DE APROBACIÓN: 2023-12-12

INSTITUCIÓN REMITENTE: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	Nº DE MUESTRAS ENVIADAS AL LSPC: 39
MUNICIPIO: CHOACHI	TEMPERATURA DE ENVÍO:
DIRECCIÓN: CALLE 4 # 5-00	TEMPERATURA DE RECEPCIÓN: 4.2°C
TELEFONO: 3144151240	FECHA DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS EN EL LSPC: 13 NOV 2025
E-MAIL INSTITUCIONAL: labfomeque@gmail.com	HORA DE RECEPCIÓN (24 HORAS): 9:34
PROFESIONAL RESPONSABLE DEL ENVÍO: MAYRA MARTINEZ	RESPONSABLE DE LA RECEPCIÓN: Ma T

No. Consecutivo muestra	CÓDIGO LSPC (No diligenciar)	FECHA TOMA DE MUESTRA	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	SEXO		TIPO DE ID	Nº DE IDENTIFICACIÓN	EDAD				MUJER GESTANTE	MUNICIPIO DE PROCEDENCIA	VEREDA Y/O CORREGIMIENTO	TIPO DE MUESTRA
				F	M			< 5 AÑOS	5-15 AÑOS	15-18 AÑOS	>18 AÑOS				
1		8/11/25	MONICA ANDREA GOMEZ	X		CC	1068972234				21A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
2		8/11/25	ROCIO DEL PILAR RINCON AGUDELO		X	RC	1068978165	23D				N/A	CHOACHI	GRANADILLO	SUERO
3		8/11/25	JULIAN ANDRES RIVERA AMORTEGUI		X	TI	1068976613		10A			N/A	CHOACHI	MAZA	SUERO
4		8/11/25	WENDY YURANI LOPEZ GAMBOA	X		CC	1071631122				29A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
5		8/11/25	DANIEL SANTIAGO TORRES LOPEZ		X	TI	1071631612		10A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
6		8/11/25	JUAN CAMILO TORRES LOPEZ		X	RC	1076202149	5A				N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
7		8/11/25	FRANCY YOANA RINCON JARA	X		CC	20485697				45A	NO	CHOACHI	ALTO DE LA VIRGEN	SUERO
8		8/11/25	ALEXANDRA LEON CASTILLO	X		CC	20485941				45A	NO	CHOACHI	CHIVATE	SUERO
9		8/11/25	MERLY NATALIA URREGO LINARES	X		CC	1000365719				22A	NO	CHOACHI	FERRALARADA	SUERO
10		8/11/25	YUDY CAROLINA AGUDELO CASTRO	X		CC	1068972650				20A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
11		8/11/25	DAVID SANTIAGO RICAURTE GARCIA		X	TI	1023932448		13A			N/A	CHOACHI	RESGUARDO SUR	SUERO
12		8/11/25	LAURA VALENTINA RICAURTE MAHECHA	X		TI	1068977007		9A			N/A	CHOACHI	RESGUARDO SUR	SUERO
13		8/11/25	ADRIANA MARIA CARO PARDO	X		CC	20485881				45A	NO	CHOACHI	EL PULPITO	SUERO
14		8/11/25	KAROL VALENTINA GARAY DELGADILLO	X		CC	1000790735				22A	SI	CHOACHI	RESGUARDO SUR	SUERO
15		8/11/25	LUISA BRIYITH CAMELO CIFUENTES	X		TI	1068977374		7A			N/A	CHOACHI	RESGUARDO BAJO	SUERO

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Calle 21ª Nº 70-10, Bogotá D.C., Colombia Teléfono: 4112025
e-mail: labsalud@cundinamarca.gov.co

La paciente Rocio del pilar Rincon relacionada en el formato de remision no llega mx llega mx de Sebastian Danilo Clavijo r.c 1068976165 y consentimiento informado del paciente Sebastian Danilo Clavijo.

16		11/11/25	JHANSELL MARIANA TORRES GARAY	X		TI	1092958519		10A			N/A	CHOACHI	VILLA ESPERANZA	SUERO
17		11/11/25	LUCIANA BELTRAN MARTINEZ	X		TI	1068977308		8A			N/A	CHOACHI	URBANIZACIÓN SAN CARLOS	SUERO
18		11/11/25	EVELIN SOFIA RODRIGUEZ MORA	X		RC	1068977550		6A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
19		11/11/25	MARIA GABRIELA LEON RIVERA	X		RC	1068977543		6A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
20		11/11/25	OSNEYDI YERIANNY CANO GUILLEN	X		TI	PTT 5188197		8A			N/A	CHOACHI	SANTA ROSA	SUERO
21		11/11/25	EMILY MAILEN HERRERA CEPEDA	X		TI	1068976627		10A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
22		11/11/25	MARIA JOSE PARDO VARELA	X		TI	1068977175		8A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
23		11/11/25	LIAM SAMUEL PULIDO SOSA		X	TI	1021693086		8A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
24		11/11/25	ORIANA ISABELL SAAVEDRA SUAREZ	X		TI	1031848247		8A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
25		11/11/25	SAMUEL RIVEROS NIETO		X	TI	1032500935		9A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
26		11/11/25	LAURA JULIANA RODRIGUEZ SUAREZ	X		CC	1000272777				23A	N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
27		11/11/25	MARTINA TELLES PULIDO	X		TI	1016914020		8A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
28		11/1125	ANDRES TELLES PULIDO		X	TI	1013020439		11A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
29		11/11/25	SAMUEL ESTEBAN VALDERRAMA MORA		X	TI	1068977196		8A			N/A	CHOACHI	SAN CARLOS	SUERO
30		11/11/25	SAMUEL STIVEN GUEVARA CASTRO		X	TI	1068977185		8A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
31		11/11/25	MATHIAS DIAZ PARRADO		X	TI	1068977425		7A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
32		12/11/25	MARYHAM SOPHIA GONZALEZ PINZON	X		RC	1243765969	2A				N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
33		12/11/25	LEIDY PAOLA PINZON MARTINEZ	X		CC	1068977232				26A	N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
34		12/11/25	EILEEN MARIANA GONZALEZ GOMEZ	X		TI	1068976817		9A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
35		12/11/25	JOEL SANTIAGO GONZALEZ GOMEZ		X	TI	1068977515		7A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
36		12/11/25	ERYTH YOSEP LOPEZ BERMUDEZ		X	TI	1070989995		8A			N/A	CHOACHI	RESGUARDO BAJO	SUERO
37		12/11/25	SANTIAGO CRUZ RINCON		X	TI	1068976981		9A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
38		12/11/25	JERONIMO GARZON BLANCO		X	TI	1233905216		8A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
39		12/11/25	LUCIANA IDALID PULIDO MARTINEZ	X		TI	1068976302		11A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Calle 21ª N° 70-10, Bogotá D.C., Colombia Teléfono: 4112025
e-mail: labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-364
		VERSIÓN: 04
	Remisión TOMA DE MUESTRA PLAN DE INTERRUPCION DE LA TRANSMISION DE T. cruzi por R. prolixus Intradomiciliario	FECHA DE APROBACIÓN: 2023-12-12

INSTITUCIÓN REMITENTE: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL	Nº DE MUESTRAS ENVIADAS AL LSPC: 49
MUNICIPIO: FOMEQUE- CUNDINAMARCA	TEMPERATURA DE ENVÍO: 2-6 °C
DIRECCIÓN: CALLE 4 NÚMERO 5-00	TEMPERATURA DE RECEPCIÓN: 6.5°C
TELEFONO: 3202175327	FECHA DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS EN EL LSPC: 7 NOV 2025
E-MAIL INSTITUCIONAL: labfomeque@gmail.com	HORA DE RECEPCIÓN (24 HORAS): 0135
PROFESIONAL RESPONSABLE DEL ENVÍO: MAYRA MARTINEZ	RESPONSABLE DE LA RECEPCIÓN:

No. Consecutivo muestra	CÓDIGO LSPC (No diligenciar)	FECHA TOMA DE MUESTRA	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	SEXO		TIPO DE ID	Nº DE IDENTIFICACIÓN	EDAD				MUJER GESTANTE	MUNICIPIO DE PROCEDENCIA	VEREDA Y/O CORREGIMIENTO	TIPO DE MUESTRA
				F	M			< 5 AÑOS	5-15 AÑOS	15-18 AÑOS	>18 AÑOS				
1		24-10-23	ABIGAIL ALEJANDRA ARGUELLES AÑEZ	X		TI	1071632261			10		NO	FOMEQUE	SAN JUANERO	SUERO
2		27-10-25	SARA GISEL HORTUA CLAVIJO	X		CC	1068973173				19	NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
3		27-10-25	MARIA PAULA CERA GONZALEZ	X		CC	1122506068				21	NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
4		28-10-23	LEIDY KATERINE RIVERA RIVERA	X		CC	1003475816				22	SI	FOMEQUE	RIO BLANCO	SUERO
5		28-10-25	VALERY JOHANA AMAYA HERNANDEZ	X		CC	1071632100				26	SI	FOMEQUE	CALLE TOMATES	SUERO
6		28-10-25	GRACE PAOLA RANGEL DURAN	X		TI	1085049664				18	SI	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
7		30-10-25	LUCY PAOLA SANTIAGO ROJAS	X		CC	1193048662				28	NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
8		30-10-25	EVAMILEC DURAN RIVAS	X		PT	1289095				30	NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
9		01-11-25	DANIEL ALEJANDRO DIAZ VARELA		X	RC	1071632241		7			NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
10		01-11-25	DILAN SEBASTIAN RINCON DUARTE		X	RC	1071631199			11		NO	FOMEQUE	MORTIÑAL	SUERO
11		01-11-25	ANA SOFIA ROA TORO	X		CC	1139427679				18	NO	FOMEQUE	LA UVITA	SUERO
12		01-11-25	JOULY PAULINA RINCON ROJAS	X		CC	20533353				42	NO	FOMEQUE	GRAMAL	SUERO
13		30-10-25	ANGIE SOFIA CRUZ SARAY	X		TI	1123441839			13		NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
14		02-11-25	DOMINICK DE JESUS PEREZ ESTRADA		X	RC	1080438715			10		NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
15		02-11-25	VALENTINA ROJAS ARDILA	X		RC	1071633050	3M				NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
16		02-11-25	KAREN KIMBERLY DAYARA ARDILA SABOGAL	X		CC	1003619038				28	NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Calle 21ª Nº 70-10, Bogotá D.C., Colombia Teléfono: 4112025
e-mail: labsalud@cundinamarca.gov.co

17		02-11-25	BLANCA MERY HERRERA AVILA	X		CC	39732670				40	NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
18		02-11-25	ANGIE CAROLINA SANCHEZ DIAZ	X		CC	1071631036				30	NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
19		02-11-25	ANGELICA MARIA ADRIANZA SANZ	X		CC	1126127204				29	SI	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
20		02-11-25	JHOANA CUELLAR HERNANDEZ	X		CC	1071628667				38	NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
21		02-11-25	MARIA JOSE RODRIGUEZ LEON	X		RC	1071632825	2				NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
22		02-11-25	LUZ DARY LEON PEÑA	X		CC	1071630491				32	NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
23		02-11-25	ANGIE DANIELA RAMOS AGUDELO	X		CC	1071631757				27	NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
24		02-11-25	JHON ALEXIS RAMOS AGUDELO		X	TI	1071632053			8		NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
25		02/11-25	JENNY PAOLA VELASQUEZ UMAÑA	X		CC	1071630565				31	NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
26		02-11-25	JOEL ALEJANDRO VELASQUEZ UMAÑA		X	RC	1071632709		4			NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
27		02-11-25	SILVIA LORENA FORRERO COCONUBO	X		CC	1013651126				31	NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
28		02-11-25	MARIA ALEJANDRA JARAMILLO NAVARRO	X		TI	1072111214			9		NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
29		02-11-25	MANUEL SANTIAGO JARAMILLO NAVARRO		X	RC	1070630365		5			NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
30		02-11-25	LEIDY MARCELA NAVARRO	X		CC	52935288				42	NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
31		02-11-25	ANGEL JOEL CUELLAR ULLOA		X	RC	1028703880		6			NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
32		02-11-25	AMANDA FRICELA ULLOA MENDEZ	X		CC	1075230768				38	NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
33		02-11-25	VALERY CAMILA TORRES RODRIGUEZ	X		TI	1071631330			11		NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
34		02-11-25	JOEL SANTIAGO SANCHEZ RODRIGUEZ		X	RC	1071633045	3				NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
35		02-11-25	ANGEL ARLEY RINCON RAMOS		X	RC	1071639483		5			NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
36		02-11-25	MARTA CECILIA ESTRADA AGUILAR	X		CC	1221969132				28	NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
37		04-11-25	EVELYN FLORIAN AGUDELO	X		RC	1071632594		5			NO	FOMEQUE	SAN LORENZO	SUERO
38		04-11-25	LUZ MARINA AGUDELO VILLALOBOS	X		CC	1003618780				23	NO	FOMEQUE	SAN LORENZO	SUERO
39		04-11-25	MARIA VICTORIA GUEVARA REYES	X		RC	1071633061	1M				NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
40		04-11-25	DANIELA REYES SABOGAL	X		CC	1010012805				25	NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
41		05-11-25	JHON KENDRY CARRASCAL VILLALOBOS		X	RC	1083695117		5			NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
42		05-11-25	THIAGO GAEL RODRIGUEZ MORENO		X	RC	1071633062	1				NO	FOMEQUE	RIO NEGRO	SUERO
43		05-11-25	YULEXY CAROLINA MORENO MORENO	X		PTT	26191084				29	NO	FOMEQUE	RIO NEGRO	SUERO
44		06-11-25	NICOL DAYANA FLOREZ ALVARADO	X		TI	1063492325			13		NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Calle 21ª N° 70-10, Bogotá D.C., Colombia Teléfono: 4112025
e-mail: labsalud@cundinamarca.gov.co

7 NUV 2023

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA Remisión TOMA DE MUESTRA PLAN DE INTERRUPCION DE LA TRANSMISION DE T. cruzi por R. prolixus Intradomiciliario	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-364 VERSIÓN: 04 FECHA DE APROBACIÓN: 2023-12-12

45		06-11-25	KAREN ANDREA LARA LARA	X		CC	1071628043				21	NO	FOMEQUE	SAN LORENZO	SUERO
46		06-11-25	JENNY ALEJANDRA RAMOS AGUDELO	X		CC	1071630893				30	NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
47		06-11-25	BLANCA LILIA RINCON SANABRIA	X		CC	1071628165				40	NO	FOMEQUE	GRAMAL	SUERO
48		06-11-25	SINDY DANITH SOSA LOBO	X		CC	1030565005				36	NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
49		06-11-25	YENY MARIXA GUEVARA RINCON	X		CC	1071628502				38	NO	FOMEQUE	CHINIA	SUERO

LSPC: Laboratorio de salud Pública de Cundinamarca

OBSERVACIONES:

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Calle 21ª N° 70-10, Bogotá D.C., Colombia Teléfono: 4112025
e-mail: labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-364
		VERSIÓN: 04
	Remisión TOMA DE MUESTRA PLAN DE INTERRUPCION DE LA TRANSMISION DE T. cruzi por R. prolixus Intradomiciliario	FECHA DE APROBACIÓN: 2023-12-12

INSTITUCIÓN REMITENTE:	Nº DE MUESTRAS ENVIADAS AL LSPC: 17
MUNICIPIO: FOMEQUE	TEMPERATURA DE ENVÍO: 2-6°C 4.2°C
DIRECCIÓN: CALLE 4 NÚMERO 5-00	TEMPERATURA DE RECEPCIÓN:
TELEFONO: 3144151240	FECHA DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS EN EL LSPC: 13 NOV 2025
E-MAIL INSTITUCIONAL: labfomeque@gmail.com	HORA DE RECEPCIÓN (24 HORAS): 9:34
PROFESIONAL RESPONSABLE DEL ENVÍO: MAYRA MARTINEZ	RESPONSABLE DE LA RECEPCIÓN: MAT

No. Consecutivo muestra	CÓDIGO LSPC (No diligenciar)	FECHA TOMA DE MUESTRA	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	SEXO		TIPO DE ID	Nº DE IDENTIFICACIÓN	EDAD				MUJER GESTANTE	MUNICIPIO DE PROCEDENCIA	VEREDA Y/O CORREGIMIENTO	TIPO DE MUESTRA
				F	M			< 5 AÑOS	5-15 AÑOS	15-18 AÑOS	>18 AÑOS				
1		11-11-25	LAIDY JOHANA MENDEZ NOVOA	X		CC	1071628615				38	NO	FOMEQUE	POTRERORGRANDE	SUERO
2		11-11-25	YADIRA MARTINEZ RODRIGUEZ	X		CC	1071629612				35	NO	FOMEQUE	COASAVISTA	SUERO
3		11-11-25	MARITZA ANDREA CESPEDES PEÑUELA	X		CC	1071628646				38	NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
4		11-11-25	GUSTAVO ENRIQUE LADRON DE GUEVARA		X	CC	72021453				42	NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
5		11-11-25	MATTIUS ALEJANDRO LADRON DE GUEVARA TORRES		X	RC	1031853890		6			NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
6		11-11-25	DEISY MIREYA MOLANO RODRIGUEZ	X		CC	1071628069				39	NO	FOMEQUE	RIO BLANCO	SUERO
7		11-11-25	LUZ ADRIANA VARELA LOPEZ	X		CC	1070384242				21	SI	FOMEQUE	GUACHAVITA	SUERO
8		11-11-25	ANDREA CORTES HERNANDEZ	X		CC	1070386308				20	NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
9		11-11-25	MARIA ROCIO MUÑOZ GUEVARA	X		CC	20533555				40	NO	FOMEQUE	RESGUARDO	SUERO
10		11-11-25	MARIA CAMILA ROMERO ROMERO	X		CC	1071628089				27	NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO
11		11-11-2	MARIANGEL BARAJAS SILVA	X		TI	1104068050					NO	FOMEQUE	LA UVITA	SUERO
12		12-11-25	MARTHA RIOS AVILA	X		CC	20533196				44	NO	FOMEQUE	LADERAS	SUERO
13		12-11-25	DORA DEISY JASMIN BAQUERO GUTIERREZ	X		CC	1003618628				24	NO	FOMEQUE	CHINIA	SUERO
14		12-11-25	SANDRA MARCELA DIAZ CIFUENTES	X		CC	1068973610				36	NO	FOMEQUE	RIO BLANCO	SUERO
15		12-11-25	OMAIRA PAOLA MANCERA ALVARADO	X		CC	1071629407				38	NO	FOMEQUE	GUANE	SUERO
16		12-11-25	JHOAN SEBASTIAN MENDEZ MANCERA		X	RC	1071632536		5			NO	FOMEQUE	GUANE	SUERO
17		12-11-25	CLAUDIA YADIRA RICO RODRIGUEZ	X		CC	20533377				42	NO	FOMEQUE	CENTRO	SUERO

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Calle 21ª N° 70-10, Bogotá D.C., Colombia Teléfono: 4112025
e-mail: labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-364
		VERSIÓN: 04
	Remisión TOMA DE MUESTRA PLAN DE INTERRUPCION DE LA TRANSMISION DE T. cruzi por R. prolixus Intradomiciliario	FECHA DE APROBACIÓN: 2023-12-12

LSPC: Laboratorio de salud Pública de Cundinamarca

OBSERVACIONES: _____

_____

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Calle 21ª N° 70-10, Bogotá D.C., Colombia Teléfono: 4112025
e-mail: labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-364
		VERSIÓN: 04
	Remisión TOMA DE MUESTRA PLAN DE INTERRUPCION DE LA TRANSMISION DE T. cruzi por R. prolixus Intradomiciliario	FECHA DE APROBACIÓN: 2023-12-12

INSTITUCIÓN REMITENTE: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	Nº DE MUESTRAS ENVIADAS AL LSPC: 23
MUNICIPIO: UBAQUE	TEMPERATURA DE ENVÍO:
DIRECCIÓN: CALLE 4 # 5-00	TEMPERATURA DE RECEPCIÓN: 6.7°C
TELEFONO: 3144151240	FECHA DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS EN EL LSPC: - 1 NOV 2023
E-MAIL INSTITUCIONAL: labfomeque@gmail.com	HORA DE RECEPCIÓN (24 HORAS): 10:10
PROFESIONAL RESPONSABLE DEL ENVÍO: MAYRA MARTINEZ	RESPONSABLE DE LA RECEPCIÓN: AYDB

No. Consecutivo muestra	CÓDIGO LSPC (No diligenciar)	FECHA TOMA DE MUESTRA	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	SEXO		TIPO DE ID	Nº DE IDENTIFICACIÓN	EDAD				MUJER GESTANTE	MUNICIPIO DE PROCEDENCIA	VEREDA Y/O CORREGIMIENTO	TIPO DE MUESTRA
				F	M			< 5 AÑOS	5-15 AÑOS	15-18 AÑOS	>18 AÑOS				
1		27-10-25	SHERAZADE FERNANDA DIAZ HERRERA	X		TI	1076201699		10				UBAQUE	SANTA ANA	SUERO
2		27-10-25	SONIA ALEJANDRA HERRERA AGUAS	X		CC	21047917				40		UBAQUE	SANTA ANA	SUERO
3		27-10-25	MARIA JULIETH BELTRAN LEON	X		CC	1076200454				19		UBAQUE	CENTRO	SUERO
4		27-10-25	ANGELY ALEXANDRA OROZCO	X		CC	1042851844				19		UBAQUE	CENTRO	SUERO
5		27-10-25	LAUDYD CAROLINA PARRADO JIMENEZ	X		CC	1034778394				20		UBAQUE	CENTRO	SUERO
6		27-10-25	DALANY ASTRID BELTRAN	X		CC	1071628250				21		UBAQUE	CENTRO	SUERO
7		31-10-25	ANGIE DANIELA ESPINOSA RODRIGUEZ	X		CC	1003619052				25		UBAQUE	CACIQUE	SUERO
8		31-10-25	ANGELICA VARELA TORRES	X		Cc	1076201533				29		UBAQUE	RIO BAJO	SUERO
9		31-10-25	LAURA DANIELA ORTIZ PAREDES	X		CC	1069716029				21		UBAQUE	CENTRO	SUERO
10		31-10-25	ANGELICA JULIE CELEITA MORALES	X		CC	1003842662				25		UBAQUE	SANTA ANA	SUERO
11		31-10-25	LEIDY CONSUELO CASTELLANOS CIFUENTES	X		CC	1076201679				28		UBAQUE	PUEBLO NUEVO	SUERO
12		31-10-25	GINA PAOLA FORERO REY	X		CC	1072396129				26	X	UBAQUE	SAN AGUSTÍN	SUERO
13		31-10-25	FLORINDA MATILDE FLOREZ FLOREZ	X		CC	1074159052				34	X	UBAQUE	CENTRO	SUERO
14		31-10-25	DANIELA ZUBIETA BELTRAN	X		CC	1021662568				21	X	UBAQUE	RIO NEGRO	SUERO
15		31-10-25	YALBE LILIANA GUTIERREZ HERRERA	X		TI	1076201062			15		X	UBAQUE	LUCIGA	SUERO
16		31-10-25	MARIA JOSE GAMBOA PICO	X		TI	1016954160			17			UBAQUE	CENTRO	SUERO
17		05-11-25	KAREN ANDREA ESPINOSA CHINQUE	X		CC	1076200347				19		UBAQUE	CACIQUE	SUERO
18		5-11-25	CLAUDIA YAZMIN HERRERA AGUAS	X		CC	1076200577				36		UBAQUE	SANTA ANA	SUERO

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Calle 21ª Nº 70-10, Bogotá D.C., Colombia Teléfono: 4112025
e-mail: labsalud@cundinamarca.gov.co

19		5-11-25	ANGIE PAOLA DIAZ GUTIERREZ	X		CC	1193517457				25		UBAQUE	CENTRO	SUERO
20		5-11-25	YEIMY TORRES VILLAR	X		CC	1076200364				37		UBAQUE	CENTRO	SUERO
21		5-11-25	DAVID SANTIAGO MORA CORTES		X	TI	1120385829		8				UBAQUE	CACIQUE	SUERO
22		5-11-25	SONIA LILIANA GUTIERREZ CLAVIJO	X		CC	1068975765				30		UBAQUE	CENTRO	SUERO
23		5-11-25	MARIA MARGARITA ALVAREZ CUADRADO	X		CC	53027868				41		UBAQUE	CACIQUE	SUERO

LSPC: Laboratorio de salud Pública de Cundinamarca

OBSERVACIONES: _____

Señor Ciudadano, autorizo a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Calle 21ª N° 70-10, Bogotá D.C., Colombia Teléfono: 4112025
e-mail: labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-364
		VERSIÓN: 04
	Remisión TOMA DE MUESTRA PLAN DE INTERRUPCION DE LA TRANSMISION DE T. cruzi por R. prolixus Intradomiciliario	FECHA DE APROBACIÓN: 2023-12-12

INSTITUCIÓN REMITENTE: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	Nº DE MUESTRAS ENVIADAS AL LSPC: 11
MUNICIPIO: UBAQUE	TEMPERATURA DE ENVÍO:
DIRECCIÓN: CALLE 4 # 5-00	TEMPERATURA DE RECEPCIÓN: 4.2°C 13 NOV 2025
TELÉFONO: 3144151240	FECHA DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS EN EL LSPC:
E-MAIL INSTITUCIONAL: labfomeque@gmail.com	HORA DE RECEPCIÓN (24 HORAS): 9:34
PROFESIONAL RESPONSABLE DEL ENVÍO: MAYRA MARTINEZ	RESPONSABLE DE LA RECEPCIÓN: MaT

GARCIA

No. Consecutivo muestra	CÓDIGO LSPC (No diligenciar)	FECHA TOMA DE MUESTRA	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	SEXO		TIPO DE ID	Nº DE IDENTIFICACIÓN	EDAD				MUJER GESTANTE	MUNICIPIO DE PROCEDENCIA	VEREDA Y/O CORREGIMIENTO	TIPO DE MUESTRA
				F	M			< 5 AÑOS	5-15 AÑOS	15-18 AÑOS	>18 AÑOS				
1		07/11/25	NANCY PATRICIA ARDILA CASTELLANOS	X		CC	21047793				44		UBAQUE	GUAYACENDO	SUERO
2		07/11/25	JISELL MARIANA PARDO TORRES	X		TI	1076201959		8				UBAQUE	MOLINO	SUERO
3		07/11/25	LUZ MARINA TORRES DAZA	X		CC	1076200702				35		UBAQUE	MOLINO	SUERO
4		07/11/25	ANDERSON SAMIR MARTINEZ GOMEZ		X	TI	1076201089		14				UBAQUE	CENTRO	SUERO
5		07/11/25	JAVIER SANTIAGO GARCIA HERRERA		X	TI	1076201563		11				UBAQUE	CENTRO	SUERO
6		07/1125	KARINA ANDREA ROA MORA	X		TI	1072426775		15				UBAQUE	LUCIGA	SUERO
7		07/11/25	DYLAN FERNANDO ARDILA CASTELLANOS		X	RC	1076202340	2					UBAQUE	PUEBLO NUEVO	SUERO
8		08/11/25	LUIS ANDRES MATIAS HERNANDEZ		X	TI	1074136060		10				UBAQUE	SANTA ANA	SUERO
9		08/11/25	DIANA SOFIA MATIAS HERNANDEZ	X		TI	1074134907			12			UBAQUE	SANTA ANA	SUERO
10		08/11/25	SANDRA MILEIDIS RAMIREZ ARCEO	X		RC	1076202298	3					UBAQUE	CENTRO SUERO	SUERO
11		08/1125	LUZ ESNEIDA CELEITA MONTES	X		CC	1193545253				25		UBAQUE	CENTRO	SUERO

LSPC: Laboratorio de salud Pública de Cundinamarca

OBSERVACIONES: _____

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Calle 21ª N° 70-10, Bogotá D.C., Colombia Teléfono: 4112025
e-mail: labsalud@cundinamarca.gov.co

NUESTRO SERVICIO ES PENSANDO EN USTED

San Vicente de Paúl
FOMEQUE

Gobernación de Cundinamarca

LA SUBGERERENCIA CIENTIFICA EN CALIDAD DE SUPERVISORA DE LA CONCURRENCIA DE CHAGAS

CERTIFICA QUE:

En los municipios de Fomeque, Choachí y Ubaque, se llevan a cabo las acciones de la concurrencia de CHAGAS, donde se evidencia la actividad de:

"Apoyar semanalmente la búsqueda de casos de ETV y zoonosis, reportados en las instituciones prestadoras de servicios de salud y/o IPS del municipio asignado"

Durante la ejecución de la tercera entrega, no se obtuvo solicitud por parte de la secretaria de Salud de Cundinamarca para la realización de esta actividad.

Dada a los quince (15) días del mes de noviembre 2025.

DANIELA GAMBOA ALMANSA
Coordinadora salud pública HSVPF

Mayra Martinez
MAYRA LUCIA MARTÍNEZ
Coordinadora concurrencia Chagas

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 1

LUGAR: ALCALDIA MUNICIPAL CHOACHI

EVENTO: PIC MUNICIPAL

FOTO:
Fecha de toma (7/11/2025):

PROVINCIA: ORIENTE









Observaciones: _____

OBJETIVO DE LA REUNIÓN:	**FECHA:**	**ACTA No.**
Realizar articulación con el PIC municipal de Choachí para coordinar actividades y solicitar espacios de intervención en la comunidad para seguir ejecutando el programa de ETV y Zoonosis.	07/11/2025	01

LUGAR:	**HORA INICIO**	**HORA FINALIZACIÓN**
Alcaldía de Choachí.	10: 30	11:15

ORDEN DEL DÍA

- ✓ Presentación del objetivo de la reunión.
- ✓ Socialización de actividades realizadas en el municipio:
- ✓ Informe de acciones de vigilancia y próximas intervenciones:
- ✓ Concertación de nuevas actividades:
- ✓ Definición de compromisos y responsabilidades.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

El día 07 de noviembre de 2024 se llevó a cabo una reunión en la Alcaldía Municipal de Choachí con el propósito de coordinar espacios y acciones para la continuidad en la ejecución del Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis, orientado a la eliminación de la transmisión intradomiciliaria de *Trypanosoma cruzi*, agente etiológico de la Enfermedad de Chagas.

Durante la reunión, se socializaron las actividades desarrolladas en el municipio y el nivel de participación alcanzado por la comunidad. La Coordinadora del PIC Municipal Lizeth Riveros manifestó su satisfacción por el compromiso y la presencia del equipo del programa en diversos escenarios, destacando:

- La participación en la movilización para la prevención del cáncer de seno.
- Las actividades realizadas en instituciones educativas por parte de la Auxiliar de Enfermería, orientadas a la promoción y prevención.
- Las sensibilizaciones comunitarias realizadas, las cuales han favorecido la aceptación de la población en los procesos de tamizaje para la detección de la enfermedad de Chagas.

Asimismo, se resaltó la importancia de la capacitación programada por el Técnico Auxiliar de ETV, Julián Arrieta, dirigida a los habitantes de la vereda Ferralarada, zona donde se tiene reportado casos de la enfermedad. De igual forma, se informó sobre la visita de vigilancia que efectuará la Técnica de ETV el día 8 del presente mes en las veredas de Resguardo Bajo y Ferralarada.

Como parte de la planificación para las próximas semanas, la Coordinadora del PIC compartió la programación de la jornada del "Dr. Muelitas", la cual se llevará a cabo el 13 de noviembre, extendiendo la invitación al equipo del programa para participar y articular acciones en beneficio de la comunidad.

CONCLUSIONES

- Se presentó a la Coordinadora del PIC municipal el estado actual del programa de ETV y Zoonosis, incluyendo actividades ejecutadas, niveles de participación comunitaria y principales barreras encontradas en campo.
- La funcionaria manifestó la necesidad de programar un mayor número de salidas de campo para fortalecer las acciones en territorio.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Continuar con el proceso de seguimiento a la población de Ferralarada	Inmediato	Grupo de ETV y zoonosis
Coordinar acciones de integración con las actividades de la alcaldía municipal.	De manera continua	Grupo de ETV y zoonosis

ASISTENTES:

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 1
EVENTO: Reunión PIC Choachí

LUGAR: Alcaldía de Choachí

FOTO N° 2
Fecha de toma (07/11/2025):

PROVINCIA: Choachí Cundinamarca



Observaciones:

El trabajo articulado entre el grupo de ETV y Zoonosis y la Alcaldía ha permitido llegar a buena parte de la población priorizada.

Gobernación de Cundinamarca	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

ASISTENTES:

PIC Choachí
07/11

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
Mayra Lucia Martinez H	Bacteriologa	HSVPF formegua	Mayra M.
Lizeth Ruelos Barbo	COORDINADORA PIC	Alcaldia Choachí	
Martha Bibiana Rodriguez.	Auxiliar Tomas	H.S.V.P.F	Martha B. Rodriguez
Ana Maria Romero	Tecnico ETV	H.S.V.P.F	Ana maria R.
Daniela Escobar Parejo	Psicologa	HSVPF	
Julian Arneta	Aux. ETV	HSVPF	

FIRMA DE QUIEN RECIBE
NOMBRE:
DOCUMENTO IDENTIFICACION:

OBJETIVO DE LA REUNIÓN:	**FECHA:**	**ACTA No.**
Realizar articulación con el PIC municipal para coordinar actividades y solicitar espacios de intervención en la comunidad para seguir ejecutando el programa de Chagas.	11/11/2025	01

LUGAR:	**HORA INICIO**	**HORA FINALIZACIÓN**
Oficina de desarrollo social Alcaldia de Fomeque	10: 20	10:50

ORDEN DEL DÍA

- ✓ Presentación de los asistentes.
- ✓ Socialización de las actividades realizadas en el municipio dentro del programa de ETV y Zoonosis.
- ✓ Exposición de la participación comunitaria y barreras identificadas durante la ejecución del programa.
- ✓ Concertación de posibles actividades para las siguientes semanas.
- ✓ Definición de compromisos y acuerdos.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

El día 11 de Noviembre nos reunimos en la Oficina de Desarrollo Social de la Alcaldía municipal de Fómeque con la señora Diana Pineda, Coordinadora del PIC Municipal, y Lorena Varela, Auxiliar de Enfermería, con el fin de coordinar espacios y acciones para la continuidad en la ejecución del programa de ETV y Zoonosis orientado a la eliminación de la transmisión intradomiciliaria de *Trypanosoma cruzi*.

Durante la reunión se presentaron las actividades que se han realizado en el municipio, la participación alcanzada por parte de la comunidad y las barreras identificadas para la implementación de algunas acciones. La señora Diana Pineda manifestó la necesidad de programar un mayor número de salidas de campo con el equipo responsable.

En cuanto a la concertación de nuevas actividades, no fue posible establecer compromisos adicionales, dado que la funcionaria informó que estará ausente de su cargo durante una semana y, por tanto, no tiene definidas más acciones en este periodo.

Como acuerdo final, se estableció que la señora Diana Pineda revisará las actividades que podrán articularse una vez se reintegre a sus funciones, con el fin de continuar fortaleciendo el

desarrollo del programa en el municipio.

CONCLUSIONES

- Se presentó a la Coordinadora del PIC municipal el estado actual del programa de ETV y Zoonosis, incluyendo actividades ejecutadas, niveles de participación comunitaria y principales barreras encontradas en campo.
- La funcionaria manifestó la necesidad de programar un mayor número de salidas de campo para fortalecer las acciones en territorio.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Generar nuevas fechas para realizar jornadas del programa.	20 de Octubre	Diana Pineda
Coordinar acciones de integraciones con las actividades de la alcaldía municipal.	De manera continua	Mayra Martínez

ASISTENTES:

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 1

LUGAR: Oficina desarrollo social

EVENTO: Reunión PIC municipal

FOTO N° 1

PROVINCIA: Fómeque Cundinamarca

Fecha de toma (11/11/2025):



Observaciones:

Se acordó que, una vez la funcionaria se reintegre a su cargo, revisará y definirá las actividades que puedan articularse para continuar avanzando en la eliminación de la transmisión intradomiciliaria de *Trypanosoma cruzi*.

Gobernación de Cundinamarca	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
Diana Pineda Cardenas	Coordinadora PIC	Alcaldia.	Diana Pineda.
Mayra Martinez	Bacteriologa	HSVP Fómeque	Mayra M.
Lorena Varela	AUX Enfermeria	H. S. V. P. F	Lorena Varela

OBJETIVO DE LA REUNION:	FECHA:	ACTA No.
Realizar articulación mensual de planes de promoción, prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores (ETV y coordinador de PIC de cada municipio asignado.	05-11-2025	3

LUGAR:	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
ALCALDIA MUNICIPAL DE UBAQUE	9:30 AM	10:00AM

ORDEN DEL DÍA

1- Objetivo de sectorizar
2- Colaboración con coordinador del PIC
3- Coordinación y cronogramas

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. **Objetivo de la sectorización:**
   Se destacó la importancia de sectorizar las acciones con el propósito de garantizar una cobertura del 100% en el municipio, asegurando que todas las áreas reciban una atención oportuna y adecuada.
2. **Colaboración con el coordinador del PIC:**
   El coordinador, figura clave en el municipio, reiteró su compromiso de remitir todas las actas de las reuniones realizadas en el marco de esta concurrencia, con el fin de contar con los respectivos soportes que evidencien las articulaciones efectuadas.
3. **Coordinación y cronograma:**
   Se acordó que durante el mes de noviembre se llevará a cabo la difusión en las redes sociales oficiales de la Alcaldía sobre la jornada de control y prevención de la enfermedad de Chagas, incluyendo en la publicación la imagen del grupo de trabajo que participó en la actividad.

CONCLUSIONES

1. **Objetivo de la sectorización:**
   La sectorización de las acciones permitirá optimizar los recursos y garantizar una atención equitativa en todas las áreas del municipio. Esta estrategia contribuye a una mejor planificación y seguimiento de las actividades, asegurando una cobertura total y efectiva.
2. **Colaboración con el coordinador del PIC:**
   El compromiso del coordinador del PIC de enviar las actas de las reuniones fortalece la transparencia y la trazabilidad de las gestiones realizadas. Esta colaboración facilita la

articulación interinstitucional y asegura la correcta documentación de las actividades desarrolladas.

3. **Coordinación y cronograma:**
   La programación de la campaña de comunicación en redes sociales refuerza las estrategias de sensibilización y prevención de la enfermedad de Chagas. La inclusión del grupo de trabajo en la difusión contribuye a visibilizar el esfuerzo conjunto y a promover la participación comunitaria.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
El coordinador del PIC se compromete a recibir y archivar todas las actas de reuniones realizadas, como evidencia de las articulaciones y acciones conjuntas.	TODA LA CONCURRENCIA	Diego Aguas
Los equipos participantes se comprometen a remitir oportunamente las actas e informes de cada actividad desarrollada.	TODA LA CONCURRENCIA	Auxiliar ETV Natalia Mendez
Ejecutar durante el mes de noviembre la campaña de comunicación sobre la jornada de control y prevención de la enfermedad de Chagas, a través de las redes sociales oficiales de la Alcaldía.	NOVIEMBRE	Diego Aguas
Incluir en la publicación la imagen del grupo de trabajo que participó en la actividad, como reconocimiento a la labor conjunta.	NOVIEMBRE	Diego Aguas

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
Angie Natalia Mendez Arias	AUXILIAR ETV	HSVPF	

Gobernación Cundinamarca	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

ASISTENTES:

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
Diego Aguas Daza	Coord PIC	Alcaldía	Diego Aguas D.
Angie Natalia Mendez	Aux ETV	HSPSV	Natalia Mendez

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ N.º 3

LUGAR: ALCALDIA MUNICIPAL DE UBAQUE

EVENTO: ARTICULACIÓN CON PIC MUNICIPAL

FOTO N° de

PROVINCIA: CUNDINAMARCA

Fecha de toma (05/11/2025):





Observaciones: Se recomendó a Diego Aguas agilizar la publicación en las redes sociales de la Alcaldía sobre la jornada de control y prevención de la enfermedad de Chagas, incluyendo la imagen del grupo de trabajo que participó en la actividad.

OBJETIVO DE LA REUNIÓN:	FECHA:	ACTA No.
Realizar articulación con el PIC municipal para coordinar actividades y solicitar apoyo y espacios de intervención en la comunidad para seguir ejecutando el programa de Chagas.	12/11/2025	1

LUGAR:	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
Oficina desarrollo social	10:15	10:45

ORDEN DEL DÍA

- ✓ Revisión del estado actual del Programa de ETV y Zoonosis en el municipio de Ubaque.
- ✓ Exposición de dificultades en la articulación con los Equipos Básicos en Salud y la alcaldía.
- ✓ Revisión de los espacios disponibles para actividades de salud pública y gestión por parte de la Alcaldía.
- ✓ Propuesta de publicación institucional para la presentación nuevamente del Equipo del Programa de Chagas.
- ✓ Seguimiento al proceso de tamizaje adelantado por la Auxiliar Marcela Herrera.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Me reuní con el señor Diego Aguas, Coordinador del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) del municipio, con el fin de revisar el estado de ejecución del Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), Zoonosis y Chagas.

Durante la reunión se expusieron las siguientes situaciones:

1. Dificultades de articulación: Se manifestó la preocupación por la falta de espacios adecuados para el desarrollo de las actividades de salud pública, específicamente las relacionadas con el Programa de ETV, Zoonosis y Chagas.

2. Se señaló que ha sido complejo lograr una articulación efectiva con los Equipos Básicos en Salud, así como la limitada gestión desde la Alcaldía para facilitar escenarios que

permitan llevar a cabo las acciones del programa en la comunidad.

3. Necesidad de socialización institucional: Se acordó que la Alcaldía realizará una nueva publicación oficial presentando al Equipo del Programa de Chagas, con el fin de mejorar la visibilidad del programa e impulsar la articulación interinstitucional.

4. Seguimiento a actividades del programa: Se estableció que la próxima semana se realizará una nueva comunicación para revisar los avances de la auxiliar Marcela Herrera en el proceso de tamizaje de la población, así como la identificación de nuevos espacios y estrategias que permitan continuar con el desarrollo del programa en beneficio de la comunidad.

CONCLUSIONES:

- ✓ Se evidenció la necesidad de fortalecer la articulación entre el Programa de ETV y Zoonosis con los Equipos Básicos en Salud y la Alcaldía, debido a las dificultades actuales para integrar las actividades de salud pública en el municipio.
- ✓ Se identificó la importancia de gestionar y habilitar nuevos espacios que permitan el adecuado desarrollo de las actividades programadas, especialmente las relacionadas con tamizaje, educación y acciones comunitarias.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Realizar seguimiento a los avances del tamizaje de la Auxiliar Marcela Herrera	21 de Noviembre	Mayra Martínez
Fortalecer la articulación entre los diferentes grupos de Salud Publica municipal.	De manera permanente	Grupo de Chagas

FICHA DE
REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 1
EVENTO: Reunión PIC
FOTO N° 1
Fecha de toma (12/11/2025):

LUGAR: Oficina de Desarrollo Social alcaldía de Ubaque.

PROVINCIA: Ubaque Cundinamarca



Observaciones:

Se resalto el compromiso de realizar mayores esfuerzos por parte de la Alcaldía municipal y el grupo de ETV y Zoonosis por generar mas espacios donde se pueda desarrollar el programa.

Gobernación de Cundinamarca	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
Diego Aguas Daza	Coord. PIC	Alcaldía	Diego Aguas D.
Mayra Lucia Martinez	Bacteriologa	HSVP Fómaje.	Mayra M.

Gobernación de Cundinamarca	**PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD** **GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA** **Plan de Trabajo Técnico y Cronograma de Contrato/Convenio**

NOMBRE DEL CONTRATISTA	ANA MARIA ROMERO MARTINEZ	**TIPO DE CONTRATO**	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. De CONTRATO	726	**VALOR DEL CONTRATO**	$ 16,913,155
PLAZO DE EJECUCION	TRES MESES Y ONCE DIAS	**FECHA DE INICIO**	20-sep-25
OBJETO DEL CONTRATO	Apoyar la ejecución de acciones del programa departamental de ETV y Zoonosis para la prevención, promoción, atención y control, acorde a los lineamientos nacionales en la Interrupción de la transmisión intradomiciliaria de Tripanosoma cruzi por Rhodnius prolixus en municipios a certificar, recertificar y vigilar acorde a los lineamientos técnicos y operativos establecidos tanto a nivel nacional como departamental mediante la ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE.	**FECHA DE TERMINACION**	31-dic-25

OBLIGACION ESPECÍFICA	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA / CONDICIONES DE CALIDAD	Periodo 1		% DE AVANCE	Periodo 2		% DE AVANCE	Periodo 3		% DE AVANCE	Periodo 4		% DE AVANCE	Periodo 5		% DE AVANCE	PRODUCTOS PROGRAMADOS	MEDIOS DE VERIFICACION PROGRAMADOS	PRODUCTOS ENTREGADOS	MEDIOS DE VERIFICACION ENTREGADOS	OBSERVACIONES
			PROGRAMADO	EJECUTADO		PROGRAMADO	EJECUTADO		PROGRAMADO	EJECUTADO		PROGRAMADO	EJECUTADO		PROGRAMADO	EJECUTADO						
Mantener actualizada la matriz de seguimiento de animal agresor, según el protocolo de ruta integral de atención al paciente agredido por animal potencialmente transmisor de la rabia actualizando mes a mes la matriz digital establecida por el profesional.	Matriz actualizada	Excel-Base de datos	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%											
Apoyar las investigaciones epidemiológicas de campo relacionadas con ETV y zoonosis en el área asignada según la necesidad del territorio o por directriz del supervisor de contrato, con el fin de minimizar el riesgo de estas enfermedades, a través de la digitación del aplicativo como búsqueda activa comunitaria (BAC).	IEC,BAC	IEC-BAC	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%											
Apoyo a la toma de muestra de vigilancia activa de las enfermedades de rabia y Leishmaniasis de acuerdo con las normas técnicas y procedimientos establecidos para el procedimiento integral desde la identificación del animal, toma de muestras, embalaje, transporte y custodia de los mismos, de acuerdo a los factores de riesgo.		Acta, lista de asistencia, registro fotografico	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%											
Apoyar el cumplimiento de la programación en el proceso de vacunación antirrábica de perros y gatos, con el fin de evitar casos de rabia humana en el Departamento, de acuerdo a los censos de animales de compañía.	Acta de Reunión de articulación con municipio, líderes y operador																					
	Soporte de Remisión y entrega de muestra en LSP	Acta, lista de asistencia, registro fotografico,diligenciamiento survey	3	3	20%	1	1	20%	1	1	20%											
Apoyar la entrega de material entomológico capturado durante las inspecciones domiciliarias con la respectiva remisión y radicación en el laboratorio de salud pública	Organizar material capturado por equipo ejecutor y soporte de la Remisión del Material	Diligenciar documento según indicaciones de Laboratorio de Salud Pública Departamental (Especímenes remitidos para el análisis con información de lugar, fecha, condición de captura).	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%											
Apoyar en la verificación, organización y coordinación con entidad territorial para la fumigación en el control de vectores de importancia en salud pública, en situación de brotes, epidemias, presencia de casos, o por solicitud del supervisor del contrato, cumpliendo los requisitos técnicos, sanitarios y realizando el registro en ArGis Survey123 y/o acciones de control de insectos por medio de la aplicación de larvicidas cumpliendo con los protocolos de bioseguridad y la utilización de los equipos pertinentes.	Consolidado de la Fumigación en el aplicativo,actas de visitas y registro Fotográfico	Formato de fumigación o aplicación de larvicidas diligenciado, registro fotográfico.	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%											
Apoyar al programa ETV y Zoonosis de la secretaria de salud de Cundinamarca, en el marco de las posibles contingencias relacionadas con las ETV-Zoonosis en todos los municipios inmersos en la concurrencia.	Actas de reunión,registro de asistencia y registro Fotográfico	Actas, listas de asistencia, registro fotográfico en el marco de la implementación del plan de interrupción de la transmisión intradomiciliaria de la Enfermedad de	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%											
Realizar la entrega, instalación y/o seguimiento a toldillos impregnados con insecticida, en las viviendas de los pacientes o circunvecinos en municipios con presencia de Leishmaniasis, y reportado a través del formulario diseñado para ArcGis Survey123	Consolidado de la entrega en el aplicativo Arcgis Survey	Actas, listas de asistencia, registro fotográfico en el marco de la implementación del plan de interrupción de la transmisión intradomiciliaria de la Enfermedad de Chagas por Rhodnius prolixus.	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%											
Hacer entrega al supervisor del contrato de un informe mensual y final según formato establecido y línea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud publica correspondientes a las actividades desarrolladas en el periodo, en cumplimiento del objeto contractual y los soportes respectivos en medio magnético como soporte para el trámite de cuentas de cobro, que incluya: bases de datos, archivos digitales y demás evidencias documentales que den cuenta de la totalidad de productos relacionados con el objeto del contrato y línea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud pública.	Informe Mensual de Actividades- Informe Final	Actas de informe final , en el marco de la implementación del plan de interrupción de la transmisión intradomiciliaria de la Enfermedad de Chagas por Rhodnius prolixus.	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%											

OBLIGACION ESPECÍFICA	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA / CONDICIONES DE CALIDAD	Periodo 1		% DE AVANCE	Periodo 2		% DE AVANCE	Periodo 3		% DE AVANCE	Periodo 4		% DE AVANCE	Periodo 5		% DE AVANCE	PRODUCTOS PROGRAMADOS	MEDIOS DE VERIFICACION PROGRAMADOS	PRODUCTOS ENTREGADOS	MEDIOS DE VERIFICACION ENTREGADOS	OBSERVACIONES
			PROGRAMADO	EJECUTADO		PROGRAMADO	EJECUTADO		PROGRAMADO	EJECUTADO		PROGRAMADO	EJECUTADO		PROGRAMADO	EJECUTADO						

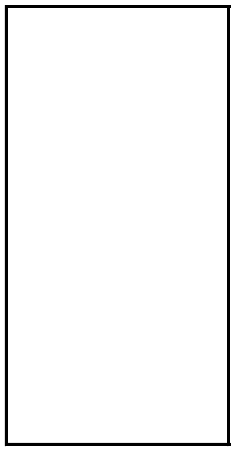
OBLIGACION ESPECÍFICA	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA / CONDICIONES DE CALIDAD	Periodo 1		% DE AVANCE	Periodo 2		% DE AVANCE	Periodo 3		% DE AVANCE	Periodo 4		% DE AVANCE	Periodo 5		% DE AVANCE	PRODUCTOS PROGRAMADOS	MEDIOS DE VERIFICACION PROGRAMADOS	PRODUCTOS ENTREGADOS	MEDIOS DE VERIFICACION ENTREGADOS	OBSERVACIONES
			PROGRAMADO	EJECUTADO		PROGRAMADO	EJECUTADO		PROGRAMADO	EJECUTADO		PROGRAMADO	EJECUTADO		PROGRAMADO	EJECUTADO						

Gobernación de CUNDINAMARCA	**PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD** **GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA** **Plan de Trabajo Técnico y Cronograma de Contrato/Convenio**

NOMBRE DEL CONTRATISTA	MARTHA BIBIANA RODRIGUEZ LEON	**TIPO DE CONTRATO**	PRESTACION DE SERVICIOS
No. De CONTRATO	727 DE 2025	**VALOR DEL CONTRATO**	
PLAZO DE EJECUCION		**FECHA DE INICIO**	19 DE SEPTIEMBRE DE 2025
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar los servicios de apoyo a la gestión como auxiliar de enfermería, para apoyar la ejecución de acciones del programa departamental de ETV zoonosis en los municipios de Fómeque, Choachí y Ubaque de acueducto al contrato interadministrativo SS-CDCTI-708-2025, a través de la ESE Hospital San Vicente San Paúl de Fómeque.	**FECHA DE TERMINACION**	31 DE DICIEMBRE DE 2025

OBLIGACION ESPECÍFICA	**ACTIVIDAD**	**METODOLOGÍA / CONDICIONES DE CALIDAD**	**Periodo 1**		**% DE AVANCE**	**Periodo 2**		**% DE AVANCE**	**Periodo 3**		**% DE AVANCE**	**PRODUCTOS PROGRAMADOS**	**MEDIOS DE VERIFICACION PROGRAMADOS**	**PRODUCTOS ENTREGADOS**	**MEDIOS DE VERIFICACION ENTREGADOS**	**OBSERVACIONES**
			PROGRAMADO	**EJECUTADO**		**PROGRAMADO**	**EJECUTADO**		**PROGRAMADO**	**EJECUTADO**						
1. Realizar reunión de articulación de los planes de promoción, prevención y control de las enfermedades trasmitidas por vectores (ETV) y zoonosis departamentales, junto al representante o coordinador PIC de cada municipio asignado, equipo básico territorial (APS) para la gestión de casos especiales.	1. Se realiza acta No. 026 del día 07/11/2025 reunión con coordinadora PIC para la gestión de casos especiales identificados relacionados a enfermedades trasmitidas por vectores (ETV) y zoonosis (05 asistentes) contiene registro de asistencia y registro fotográfico	Acta de reunion Registro de asistencia Registro fotografico	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%					
2. Realizar los procesos de sensibilización a la comunidad previos a las jornadas de tamizaje para la enfermedad de Chagas.	1.Se realiza acta No. 022 del día 28/10/2025 sensibilización centro de salud (12 asistentes) contiene registro de asistencia y registro fotográfico 2. Se realiza acta No. 023 del día 30/10/2025 sensibilización centro de salud-parque principal (23 asistentes) contiene registro de asistencia y registro fotográfico 3. Se realiza acta No. 024 del día 01/11/2025 sensibilización centro de salud (6 asistentes) contiene registro de asistencia y registro fotográfico 4.Se realiza acta No. 025 del día 07/11/2025 sensibilización Escuela Laureano Gómez-jardín infantil el paraíso de los niños (40 asistentes) contiene registro de asistencia y registro fotográfico 5. Se realiza acta No. 027 del día 08/11/2025 sensibilización centro de salud (22 asistentes) contiene registro de asistencia y registro fotográfico	Acta de reunion Registro de asistencia Registro fotografico	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%					
3. Apoyar el desarrollo de acciones de promoción y prevención de la salud relacionadas con la Enfermedad de Chagas, en el municipio asignado, mediante la ejecución de 4 talleres educativos aplicados en los diferentes entornos definidos por el lineamiento MSPS, enviando de forma magnética las evidencias correspondientes a la profesional social para su posterior consolidación en el ArcGis Survey123.	1.se realiza taller en el entorno comunitario el día 06/11/2025 en las instalaciones del SENA oficina NUEVA EPS (16 asistentes) contiene registro de asistencia y registro fotográfico. 2. se realiza taller en el entorno institucional el día 07/11/2025 en las instalaciones de la policía nacional (11 asistentes) contiene registro de asistencia y registro fotográfico 3. Se realiza taller en el entorno educativo el día 07/11/2025 en las instalaciones de la escuela de formación banda sinfónica (21 asistentes) contiene registro de asistencia y registro fotográfico. 4. Se realiza taller en el entorno laboral el día 10/11/2025 oficina del Banco Bogotá (10 asistentes) contiene registro de asistencia y registro fotográfico. 5. Se adjunta pantallazo evidencia del cargue de los talleres en la plataforma ArcGis Survey 123.	Informe de asistencia tecnica Registro de asistencia Registro fotografico	4	4	20%	4	4	20%	4	4	20%					

OBLIGACION ESPECÍFICA	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA / CONDICIONES DE CALIDAD	Periodo 1		% DE AVANCE	Periodo 2		% DE AVANCE	Periodo 3		% DE AVANCE	PRODUCTOS PROGRAMADOS	MEDIOS DE VERIFICACION PROGRAMADOS	PRODUCTOS ENTREGADOS	MEDIOS DE VERIFICACION ENTREGADOS	OBSERVACIONES
			PROGRAMADO	EJECUTADO		PROGRAMADO	EJECUTADO		PROGRAMADO	EJECUTADO						
4. Realizar la toma de muestras en su fase preanalítica en la población priorizada para el plan de interrupción de la trasmisión intradomiciliaria de Enfermedad de Chagas por Rhodnius prolixus O muestras para identificación de casos de leishmaniasis (en caso de ser requeridas por la supervisión) haciendo uso de vehículo disponible para el desplazamiento a las zonas de influencia, traslado de las muestras según los municipios asignados.	1.Se realiza acta No. 028 de fecha 13/11/2025 toma de muestras del tercer corte. 2. Se anexa copia de 74 consentimientos informados de las muestras tomados en el segundo corte. 3. Se diligencia formato de remisión de las muestras dividido por grupo poblacional y total de las 63 muestras tomadas para el segundo corte 4. Se garantizar calidad envió muestras (cadena frio-triple embalaje)	Acta de reunion Registro de asistencia Registro fotografico Consentimiento Formato remision muestras certificacion	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%					
5. Apoyar la realización las acciones de vigilancia (Búsquedas activas comunitarias, búsquedas activas institucionales, e investigaciones epidemiológicas de campo), así como la implementación adecuada y oportuna de los protocolos de atención integral al paciente según lineamientos nacionales para el evento de Chagas.	1.Se realiza informe análisis BAC 2. Soporte BAC 3.FormatoBAC 4. Se realiza informe análisis BAI 5.soporte BAI 6. Formato BAI 7.En la ejecución de esta entrega no se realizaron investigaciones epidemiológicas de campo, se anexa certificación.	BAC BAI certificacion	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%					
6. Apoyar al programa ETV y Zoonosis de la secretaria de salud de Cundinamarca, en el marco de las posibles contingencias relacionadas con las ETV-Zoonosis en todos los municipios inmersos en la concurrencia.	1.En la ejecución de esta entrega no se presentaron contingencias relacionadas con las ETV-Zoonosis, se anexa certificación.	certificacion	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%					
7. Hacer entrega al supervisor del contrato de un informe mensual y final según formato establecido y línea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud publica correspondientes a las actividades desarrolladas en el periodo, en cumplimiento del objeto contractual y los soportes respectivos en medio magnético como soporte para el trámite de cuentas de cobro, que incluya: bases de datos, archivos digitales y demás evidencias documentales que den cuenta de la totalidad de productos relacionados con el objeto del contrato y línea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud pública.	1 se realiza informe de las actividades desarrolladas en el periodo, con los soportes respectivos en medio magnético de cada actividad, se entrega al supervisor del contrato.	Informe	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%					



Gobernación de CUNDINAMARCA

NOMBRE DEL CONTRATISTA
No. De CONTRATO
PLAZO DE EJECUCION
OBJETO DEL CONTRATO

OBLIGACION ESPECÍFICA

. Realizar reunión de articulación de los planes de promoción, prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis Departamentales, junto al representante o coordinador PIC de cada municipio asignado, equipo básico territorial (APS) para la gestión de casos especiales identificados relacionados a las ETV-zoonosis de manera mensual.

2.Realizar acciones de promoción de la salud y prevención, control y eliminación de las ETV, de manera mensual en los municipios asignados, mediante la

3. Realizar articuladamente una (2) movilización social mensual en su área de influencia, haciendo énfasis en la enfermedad de Chagas.
4. Realizar diagnóstico social con su cartografía social, seguimiento mensual y evaluación final de los municipios asignados por la concurrencia, realizando articulación y socialización con autoridades locales y/o con la comunidad de barrio y/o vereda determinado e intervenido, teniendo en cuenta las acciones del plan de interrupción de la transmisión intradomiciliaria de Enfermedad de Chagas por Rhodnius prolixus, la cual facilite el análisis de la **situación de cada uno de los municipios inmersos en la concurrencia.**
5. Realizar participación activa con la comunidad, autoridades locales, miembros de las instituciones educativas y organizaciones sociales, la información r

6. Crear 1 estrategia lúdico pedagógico y realizar la implementación en el municipio elegido para dicha acción y evaluación final, para la implementación d
7Apoyar al programa ETV y Zoonosis de la secretaria de salud de Cundinamarca, en el marco de las posibles contingencias relacionadas con las ETV-Zoonosis en todos los municipios inmersos en la concurrencia.
8. Hacer entrega al supervisor del contrato de un informe mensual y final según formato establecido y línea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud publica correspondientes a las actividades desarrolladas en el periodo, en cumplimiento del objeto contractual y los soportes respectivos en medio magnético como soporte para el trámite de cuentas de cobro, que incluya: bases de datos, archivos digitales y demás evidencias documentales que den cuenta de la totalidad de productos relacionados con el objeto del contrato y línea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud pública.

9.Realizar capacitación al talento humano de Hospitales y municipios sobre la prevención y el manejo de la enfermedad de Chagas, a través de campañas de movilización social Inter barrios, ferias de servicios, entre otras, la cuales serán concertadas con las autoridades municipales



LOS SERVICIOS DI
APOYAR LA EJECUCI
DE ETV Y ZOONOS
UBAQUE DE AC

ACTIVIDAD
SE REALIZA CORRESPONDIENTE ARTICULACIÓN PIC CON LOS MUNICIPIOS ASIGNADOS, FÓMEQUE Y CHOACHI
SE ENTREGAN 5 TALLERES EDUCATIVOS DISTRIBUIDOS EN LOS DIFRENTES ENTORNOS EN LOS MUNICIPIOS DE FÓMEQUE Y CHOACHI

SE REALIZAN MOVILIZACIONES EN EL MUNICIPIO DE CHOACHI Y FÓMEQUE

SE REALIZA LA CONSTRUCCIÓN DE LA CARTOGRAFÍA SOCIAL EN EL MUNICIPIO DE FÓMEQUE , DANDO INICIO A UN PROCESO DIVIDIDO EN 5 ETAPAS
SE REALIZAN REUNIONES MENSUALES CON LOS MUNICIPIOSS DE CHOACHI Y DE FÓMEQUE DE ACUERDO AL AGENDAMIENTO MENSUAL DE LAS MISMAS

SE ELABORA DOCUMENTO TECNICO, DONDE SE PLANTEA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES LUDICOPEDAGOGICAS EN LOS MUNICIPIOS DE FÓMEQUE Y CHOACHIEN LOS DIFERENTES ETORNOS SOCIALES A BENEFICIAR.
durante el periodo de ejecuucion no se realizo la activiad

se entrega informe mensual con los anexos en digital e impresos

SE REALIZAN CAPACITAIONES POR ENTREGA A ENTORNOS LABORALES CON EL TALENTO HUMANO DE LAS DIFERENTES INSTITUCIONES DE LOS MUNICIPIOS DE CHOACHI Y FÓMEQUE .

DANIELA ESCOBAR PAREJA
730
5 MESES
PRESTAR E APOYO A LA GESTION COMO PSICOLOGA, PARA ÓN DE ACCIONES DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL SIS EN LOS MUNICIPIOS DE FOMEQUE, CHOACHI Y CUERDO AL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO

METODOLOGÍA / CONDICIONES DE CALIDAD	PERIODO 1	
	ROGRAMAD	JECUTAD
se entrega 2 actas, 2 listados de asistencia y 2 formatos de fotografía POR ADA ENTREGA	2	2
Se entregan 5 actas, 5 listados de asistencia y 5 formatos de fotografía Por último, se subió los talleres ejecutados durante el periodo al aplicativo ARCGIS SURVEY 123	5	5

se entrega, 2 listado de asistencia y 2 informe técnico y 2 formato de fotografía	2	2
se entrega un informe de asistencia técnica, un registro fotográfico, un registro de asistencia y un documento técnico	1	1
certificado	1	1

se entrega un informe de asistencia técnica, un registro fotográfico, un registro de asistencia y un documento técnico	1	1
CERTIFICADO	1	1
Se entrega un informe que corresponde al corte	1	1

Se entrega 1 acta de reunión, 1 registros fotográficos y 1 registros de asistencia	1	1

PROMOCIÓN DEL DESA
GESTIÓN DE LA S

Plan de Trabajo Técnico y Cronc

TIPO DE CONTRATO	Prestación de Servici
VALOR DEL CONTRATO	$29,235,578
FECHA DE INICIO	19/09/2025
FECHA DE TERMINACION	31-dic-25

CRONOGRAMA

% DE AVANCE	PERIODO 2		% DE AVANCE	PERIODO 3	
	OGRAMA	EJECUTADO		ROGRAMADE	JECUTADO
20%	2	2	20%	2	2
20%	5	5	20%	5	5

20%	2	2	20%	2	2
20%	1	1	20%	1	1
20%	1	1	20%	1	1

20%	1	1	20%	1	1
20%	1	1	20%	1	1
20%	1	1	20%	1	1

20%	1	1	20%	1	1

ARROLLO DE SALUD
ALUD PÚBLICA

ograma de Contrato/Convenio

os

A ACTIVIDADES POR PERIODO

% DE AVANCE	PERIODO 4		% DE AVANCE	PERIODO 5		% DE AVANCE
	ROGRAMA	JECUTADO		ROGRAMA	JECUTADO	
20%	0	0	0%	0	0	0%
20%	0	0	0%	0	0	0%

20%	0	0	0%	0	0	0%
20%	0	0	0%	0	0	0%
20%	0	0	0%	0	0	0%

20%	0	0	0%	0	0	0%
20%	0	0	0%	0	0	0%
20%	0	0	0%	0	0	0%

20%			0%			0%

TOTAL % EJECUTADO	PRODUCTOS PROGRAMADOS
#¡REF!	2
#¡REF!	5

#¡REF!	2
#¡REF!	1
#¡REF!	2

#¡REF!	1
#¡REF!	1
#¡REF!	1

#¡REF!	1

	Código: M-PDS-GSP-
	Versión: 02
	Fecha de aprobación: 03

	PRODUCTOS	**MEDIOS DE**

MEDIOS DE VERIFICACION PROGRAMADOS	PRODUCTOS ENTREGADOS	VERIFICACION ENTREGADOS
articulacion coordinador pic	1	actas, firmas, registro fotografico
talleres educactivos	5	informe de asistencia tecnica, registro fotografico,re

movilizacion	2	informe de asistencia tecnica, registro
diagnostico social, cartografia social	1	informe de asistencia tecnica, registro fotografico,registro de
participacon activa	1	certificado

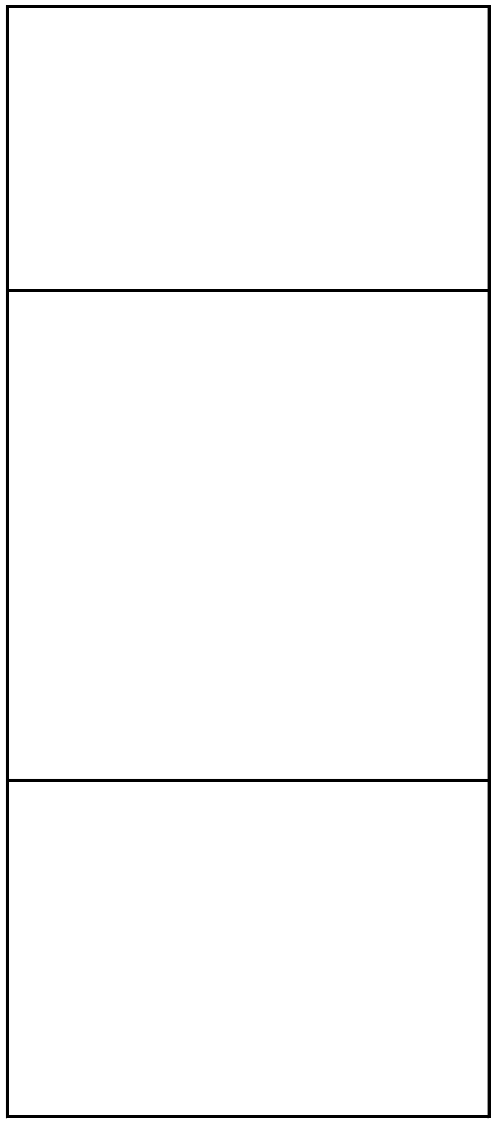
estrategia ludico pedagogico	1	asistencia tecnica, registro
apoyo programa gobernacion	1	cerificado
informe mensual	1	informe

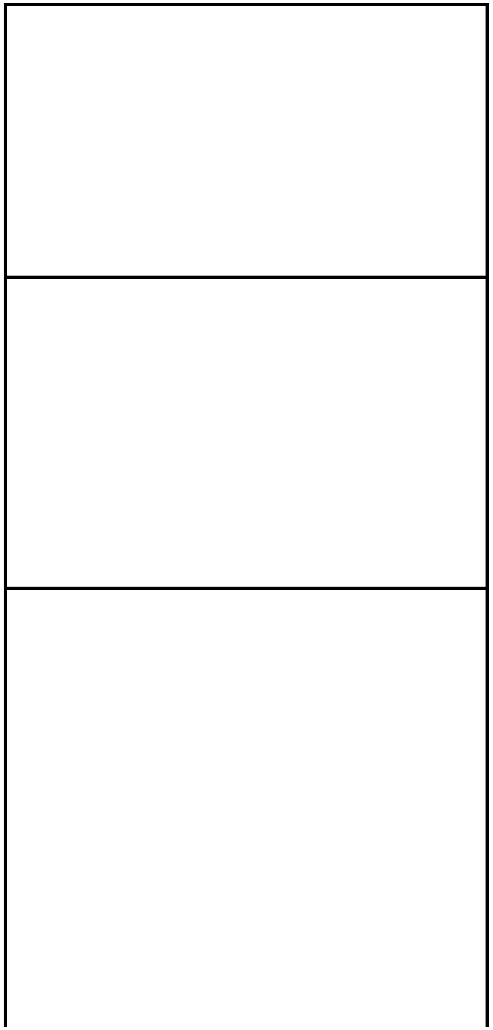
capacitacion	1	asistencia tecnica, registro fotografico,registro de

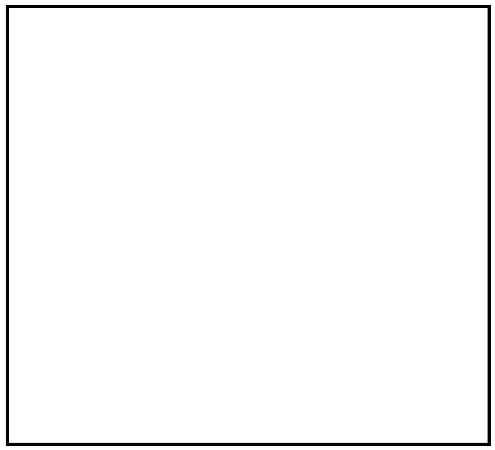
-FR-011

/ Jun / 2015

OBSERVACIONES







Gobernación de Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA Plan de Trabajo Técnico y Cronograma de Contrato/Convenio

NOMBRE DEL CONTRATISTA	JULIAN ANDRES ARRIETA MARTINEZ	TIPO DE CONTRATO	Prestación de Servicios
No. De CONTRATO	724	VALOR DEL CONTRATO	$ 11,279,870
PLAZO DE EJECUCION	TRES (3) MESES Y DOCE (12) DIAS	FECHA DE INICIO	19-sep-25
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ETV-ZOONOSIS, PARA APOYAR LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ETV Y ZOONOSIS EN LOS MUNICIPIOS DE FOMEQUE, CHOACHI Y UBAQUE, DE ACUERDO AL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO SS-CDCTI-708-2025, A TRAVES DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE.	FECHA DE TERMINACION	31-dic-25

OBLIGACION ESPECÍFICA	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA / CONDICIONES DE CALIDAD	Período 1		% DE AVANCE	Período 2		% DE AVANCE	Período 3		% DE AVANCE	Período 4		% DE AVANCE	Período 5		% DE AVANCE	PRODUCTOS PROGRAMADOS	MEDIOS DE VERIFICACION PROGRAMADOS	PRODUCTOS ENTREGADOS	MEDIOS DE VERIFICACION ENTREGADOS	OBSERVACIONES
			PROGRAMADO	EJECUTADO		PROGRAMADO	EJECUTADO		PROGRAMADO	EJECUTADO		PROGRAMADO	EJECUTADO		PROGRAMADO	EJECUTADO						
Realizar articulación con PIC municipal, APS, Equipo ETV Departamental en aras de sectorizar las acciones y dar cobertura al 100 % del municipio	Articulacion con ETV Departamental	Acta, listado de asistencia y registro fotografico	1	1	20%	1	1	20%	1	1	$ 20							1	Actas de reunión con los temas tratados	1	Actas, firmas, registro fotográfico	
Realizar la articulación mensual de los planes de promoción, prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis Departamentales, junto al representante o coordinador PIC de cada municipio asignado	Articulacion con PIC	Acta, listado de asistencia y registro fotografico	1	1	20%	1	1	20%	1	1	$ 20							1	Actas de reunión con los temas tratados	1	Actas, firmas, registro fotográfico	
Apoyar el desarrollo de acciones de promoción y prevención de la salud relacionada con ETV y zoonosis en el municipio asignado mensualmente, mediante la ejecución de 4 talleres educativos aplicados en los diferentes entornos definidos por el lineamiento MSPS, enviando de forma magnética las evidencias correspondientes al Drive asignado y reportados a través del ArcGis Survey123.	Ejecucion de 4 talleres	Acta, listado de asistencia y registro fotografico	4	4	20%	4	4	20%	4	4	$ 20							4	Actas de reunión con los temas tratados	4	Actas, firmas, registro fotográfico	
Realizar una (3) jornada lúdico pedagógica mensual, para la prevención y control de las ETV-Zoonosis Chagas en el municipio o área de influencia.	Ejecucion de 3 jornada ludico pedagogica	Acta, listado de asistencia y registro fotografico	3	3	20%	3	3	20%	3	3	$ 20							3	Actas de reunión con los temas tratados	3	Actas, firmas, registro fotográfico	
Apoyar a los profesionales del área de entomología del Laboratorio de Salud Pública Departamental, en la remisión del material entomológico obtenido en los Puestos de Recolección de Triatominos Comunitarios o el capturado mensualmente en los depósitos de agua durante las actividades de promoción y prevención casa a casa rutinarias, la cual debe coincidir con la información registrada en el formulario diseñado para la actividad en ArcGis Survey123	Remision de triatominos encontrados	Soporte de remision	1	1	20%	1	1	20%	1	1	$ 20							1	Captura y recolección de material entomológico (vectores)	1	Planillas de remision de muestras entomologicas	
Realizar mínimo 300 encuestas domiciliarias para el registro de factores de riesgo y búsqueda activa de Triatominos, promoción de la salud y prevención de la Enfermedad de Chagas, en los municipios indicados mensualmente por el supervisor del contrato. Cada encuesta deberá ser registrada en la vivienda correspondiente a través del formulario diseñado para ArcGis Survey 123.	Realizar 300 visitas domiciliarias con el fin de realizar encuestas poblacion, con el respectivo registro a través de formularios diseñados en ArcGIS Survey 123.	Diligenciamiento de 300 encuestas	300	300	20%	300	300	20%	300	300	$ 20							300	300 visitas domiciliarias	300	Pantallazo de las encuetsas enviadas	
Realizar la fumigación para el control de vectores de importancia en salud pública, en situación de brotes, epidemias, presencia de casos, o por solicitud del supervisor del contrato, cumpliendo los requisitos técnicos, sanitarios y realizando el registro en ArGis Survey123. Dicha actividad corresponderá a 23 encuestas larvarias domiciliares para registro de factores de riesgo, promoción de la salud y prevención de las arbovirosis por cada día de trabajo y solo podrán apoyar dos (02) auxiliares exceptuando una contingencia	Realizar fumigacion para el control de vectores	Acta, registro fotografico y consolidado de fumigacion SURVEY	1	1	20%	1	1	20%	1	1	$ 20							1	Aplicativo Survey	1	Acta, registro fotografico y consolidado de fumigacion SURVEY	
Apoyar al programa ETV y Zoonosis de la secretaria de salud de Cundinamarca, en el marco de las posibles contingencias relacionadas con las ETV- Zoonosis en todos los municipios inmersos en la concurrencia.	Apoyar posibles contingencias	Acta, listado de asistencia y registro fotografico	1	1	20%	1	1	20%	1	1	$ 20							1	Acta, listado de asistencia y registro fotografico	1	Acta, listado de asistencia y registro fotografico	
Apoyar semanalmente la búsqueda de casos de ETV y zoonosis, reportados en las instituciones prestadoras de servicios de salud y/o IPS del municipio asignado.	Apoyar busqueda de casos ETV y zoonosis	Acta y fichas de notificacion recolectadas	1	1	20%	1	1	20%	1	1	$ 20							1	Acta y fichas de notificacion recolectadas	1	Acta y fichas de notificacion recolectadas	

OBLIGACION ESPECÍFICA	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA / CONDICIONES DE CALIDAD	Periodo 1		% DE AVANCE	Periodo 2		% DE AVANCE	Periodo 3		% DE AVANCE	Periodo 4		% DE AVANCE	Periodo 5		% DE AVANCE	PRODUCTOS PROGRAMADOS	MEDIOS DE VERIFICACION PROGRAMADOS	PRODUCTOS ENTREGADOS	MEDIOS DE VERIFICACION ENTREGADOS	OBSERVACIONES
			PROGRAMADO	EJECUTADO		PROGRAMADO	EJECUTADO		PROGRAMADO	EJECUTADO		PROGRAMADO	EJECUTADO		PROGRAMADO	EJECUTADO						
Apoyar las acciones enmarcadas en el plan de interrupción de la transmisión intradomiciliar de Tripanosoma cruzi por Rhodnius prolixus en municipios priorizados, tales como establecimiento, actualización y/o seguimiento a los Puestos de Recolección de Triatominos Comunitarios (PRTC) a través del formulario diseñado en ArcGis Survey123, u otras según directrices del supervisor del contrato..	Seguimiento de puestos de triatominos	Diligenciamiento aplicativo	1	1	20%	1	1	20%	1	1	$ 20							1	Diligenciamiento aplicativo	1	Diligenciamiento aplicativo	
Hacer entrega al supervisor del contrato de un informe mensual y final según formato establecido y línea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud publica correspondientes a las actividades desarrolladas en el periodo, en cumplimiento del objeto contractual y los soportes respectivos en medio magnético como soporte para el trámite de cuentas de cobro, que incluya: bases de datos, archivos digitales y demás evidencias documentales que den cuenta de la totalidad de productos relacionados con el objeto del contrato y linea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud pública.	Resumen de actividades	Informe mensual	1	1	20%	1	1	20%	1	1	$ 20							1	Actas informe final	1	Acta	

Gobernación de Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	Código: M-PDS-GSP-FR-011
		Versión: 02
	Plan de Trabajo Técnico y Cronograma de Contrato/Convenio	Fecha de aprobación: 03 / Jun / 2015

NOMBRE DEL CONTRATISTA	**LORENA VARELA**		**Prestación de Servicios**
No. De CONTRATO	**728**	**VALOR DEL CONTRATO**	**$16.913.155**
PLAZO DE EJECUCION	**TRES MESES Y DOCE DIAS**	**FECHA DE INICIO**	**19/09/2025**
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA APOYAR LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ETV Y ZOONOSIS PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, ATENCIÓN Y CONTROL, ACORDE A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES EN LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN INTRADOMICILIARIA DE TRIPANOSOMA CRUZI POR RHODNIUS PROLIXUS EN MUNICIPIOS A CERTIFICAR, RECERTIFICAR Y VIGILAR ACORDE A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS ESTABLECIDOS TANTO A NIVEL NACIONAL COMO DEPARTAMENTAL EN LOS MUNICIPIOS DE FOMEQUE, CHOACHI Y UBAQUE DE ACUERDO AL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO SS-CDCTI-708-2025, A TRAVES DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE.	**FECHA DE TERMINACION**	

OBLIGACION ESPECÍFICA	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA / CONDICIONES DE CALIDAD	CRONOGRAMA ACTIVIDADES POR PERIODO																PRODUCTOS PROGRAMADOS	MEDIOS DE VERIFICACION PROGRAMADOS	PRODUCTOS ENTREGADOS	MEDIOS DE VERIFICACION ENTREGADOS	OBSERVACIONES
			PERIODO 1		% DE AVANCE	PERIODO 2		% DE AVANCE	PERIODO 3		% DE AVANCE	PERIODO 4		% DE AVANCE	PERIODO 5		% DE AVANCE	TOTAL % EJECUTADO					
			ROGRAMAD	JECUTAD		ROGRAMAD	EJECUTADO		ROGRAMAD	JECUTAD		ROGRAMA	JECUTAD		ROGRAMA	JECUTAD							
Realizar reunion de articulación de los planes de promoción, prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis Departamentales, junto al representante o coordinador PIC de cada municipio asignado, equipo basico territorial (APS) para la gestion de casos especiales identificados relacionados a las ETV-zoonosis de manera mensual.	se realizo la reunion en la alcaldia de fomeque con la cordinadora del pic y el equipo de chagas	1.Actas de Reunión 2. Registro de asistencia 3. Registro fotográfico	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%			0%			0%	60%	1		1		SE REALIZA ARTICULACION PIC 11/11/25
Realizar los procesos de sensibilizacion a la comunidad previos a las jornadas de tamizaje para la enfermedad de chagas	se realiza sensibilizacion con grupo de maternas en el hospital y 5 mas se le realiza visita casa a casa	1.Actas de Capacitacion 2. Registro de asistencia 3. Registro fotografico	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%			0%			0%	60%	1		1		SE REALIZA SENSIBILIZACION EL 02/11/2025 CON RENTA CIUDADANA
Apoyar el desarrollo de acciones de promoción y prevención de la salud relacionadas con la Enfermedad de Chagas, en el municipio asignado, mediante la ejecución de 4 talleres educativos aplicados en los diferentes entornos definidos por el lineamiento MSPS, enviando de forma magnética las evidencias correspondientes a la profesional social para su posterior consolidación en el ArcGis Survey123.	se realizaron 4 talleres los cuales fueron de la siguiente forma 122/10/2025 se realiza taller e la feria de loa salud realizada en el barrio la uvita 2 23/10/2025 se realiza en las escuelas urbanas del municipio 3 23/10/2025 se realiza en el centro vida con adultos amyores 4 28/10/2025 se realiza actividad ludico pedagojica con la policia del municipio	1.Informe de Asistencia Técnica 2. Registro de asistencia 3. Registro fotográfico	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%			0%			0%	60%	1		1		SE REALIZAN 4 TALLERES DE LA SIGUIENTE MANERA 1 EL 2 /11/25 EN EL SALON PARROQUIEN CON POBLACION DE RECTA CIUDADANA 2 SE REALIZO 12/11/25 EN EL COLEGIO IDEMAD 3 REALIZA EL 10/11/25 CON EL COMERCIO 4 SE REALIZA EL 14/11/25 ENN LA ESCUELA DE LAVADERO
Realizar la toma de muestras en su fase preanalítica en la poblacion priorizada para el plan de interrupción de la trasmisión intradomiciliaria de Enfermedad de Chagas por Rhodnius prolixus O muestras para identificación de casos de leishmaniasis (en caso de ser requeridas por la supervisión) haciendo uso de vehículo disponible para el desplazamiento a las zonas de influencia, traslado de las muestras según los municipios asignados.	se realizaron las toma de muestras tomando 75 etre niños y mujeres en edad fertil y una gestante	1.Actas de reunión 2. Registro de asistencia 3.Registro Fotografico 4.Fichas de Notificacion 5.Consentimiento Informado 6. Formato Remision Muestras 7.Garantizar calidad envio muestras (cadena frio-triple embalaje) 8. Entrega resultados (soporte)	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%			0%			0%	60%	1		1		SE REALIZA TOMA DE MUESTRA S
Apoyar la realización las acciones de vigilancia (Búsquedas activas comunitarias, busquedas activas institucionales, e investigaciones epidemiologicas de campo), así como la implementaciona decuada y oportuna de los protocolos de atencion integral al paciente según lineamientos nacionales para el evento de Chagas.	no se realiza bac	certificacion	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%			0%			0%	60%	1		1		SE HACE ENTREGA DE CERFITICACION QUE QUE NO SE REQUIRIO APOYO
Apoyar al programa ETV y Zoonosis de la secretaria de salud de cundinamarca, en el marco de las posibles contingencias relacionadas con las ETV-Zoonosis en todos los municipios inmersos en la concurrencia.	no se realiza apoyo de zoonozis en el mes de octubre	certificacion	1	1	20%	1	1	0%	1	1	0%			0%			0%	20%	1		1		SE HACE ENTREGA DE CERFTIFICACION PORR QUE EL MUNNICIPIO NO REQUIRIO APOYO
Hacer entrega al supervisor del contrato de un informe mensual y final según formato establecido y linea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud publica correspondientes a las actividades desarrolladas en el periodo, en cumplimineto del objeto contractual y los soportes respectivos en medio magnetico como soporte para el tramite de cuentas de cobro, que incluya: bases de datos, archivos digitales y demás evidencias documentales que den cuenta de la totalidad de productos relacionados con el objeto del contrato y linea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud publica.	se realiza informe tecnico con el resumen de las actividades realizadas en el mes de octubre	Informe tecnico	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%			0%			0%	60%	1		1		SE HACE ENTREGRA DE INFORME FINAL

Gobernación de CUNDINAMARCA

NOMBRE DEL CONTRATISTA
No. De CONTRATO
PLAZO DE EJECUCION
OBJETO DEL CONTRATO

OBLIGACION ESPECÍFICA

Realizar reunion de articulación de los planes de promoción, prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis Departamentales, junto al representante o coordinador PIC de cada municipio asignado, equipo basico territorial (APS) para la gestion de casos especiales identificados relacionados a las ETV-zoonosis de manera mensual.
Realizar los procesos de sensibilizacion a la comunidad previos a las jornadas de tamizaje para la enfermedad de chagas
Apoyar el desarrollo de acciones de promoción y prevención de la salud relacionadas con la Enfermedad de Chagas, en el municipio asignado, mediante la ejecución de 4 talleres educativos aplicados en los diferentes entornos definidos por el lineamiento MSPS, enviando de forma magnética las evidencias correspondientes a la profesional social para su posterior consolidación en el ArcGis Survey123.

Realizar la toma de muestras en su fase preanalítica en la poblacion priorizada para el plan de interrupción de la trasmisión intradomiciliaria de Enfermedad de Chagas por Rhodnius prolixus O muestras para identificación de casos de leishmaniasis (en caso de ser requeridas por la supervisión) haciendo uso de vehículo disponible para el desplazamiento a las zonas de influencia, traslado de las muestras según los municipios asignados.

Apoyar la realización las acciones de vigilancia (Búsquedas activas comunitarias, busquedas activas institucionales, e investigaciones epidemiologicas de campo), así como la implementaciona decuada y oportuna de los protocolos de atencion integral al paciente según lineamientos nacionales para el evento de Chagas.

Apoyar al programa ETV y Zoonosis de la secretaria de salud de cundinamarca, en el marco de las posibles contingencias relacionadas con las ETV-Zoonosis en todos los municipios inmersos en la concurrencia.
Hacer entrega al supervisor del contrato de un informe mensual y final según formato establecido y linea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud publica correspondientes a las actividades desarrolladas en el periodo, en cumplimineto del objeto contractual y los soportes respectivos en medio magnetico como soporte para el tramite de cuentas de cobro, que incluya: bases de datos, archivos digitales y demás evidencias documentales que den cuenta de la totalidad de productos relacionados con el objeto del contrato y linea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud publica.

MA

TRES

PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA G
EJECUCIÓN DE ACCIONES DEL PROGRAMA D
PROMOCIÓN, ATENCIÓN Y CONTROL, ACORDE
LA TRANSMISIÓN INTRADOMICILIARIA DE TRIP
CERTIFICAR, RECERTIFICAR Y VIGILAR A
ESTABLECIDOS TANTO A NIVEL NACIONAL (
CHOACHI Y UBAQUE DE ACUERDO AL CONTR
LA ESE HOSPITAL

ACTIVIDAD

Se realiza reunion en alcaldia municipal de ubaque con el coordinador pic
se realiza jornanda de sensibilizazcion en el centro del municipio de ubaque parque principal para posterior toma de muestras
se realizaron 4 talleres los cuales fueron de la siguiente forma 1 se realizo en hogra geriatrico centro de produccion el cacique en ubaque adulta mayor 2 se realizo en el parque principal con poblacion femenina invitada a la celabracion de l dia la mujere 3 se realiza en el consejo municipal y

se realizaron las toma de muestras tomando donde se obtubiero 14 muestras y se realizo la toma los dias 5, 6,7
para el mes no se realiza bac

no se realiza apoyo de zoonozis en el mes de noviembre
se realiza informe tecnico con el resumen de las actividades realizadas en el mes de noviembre en el periodo del 1 al 15

RCELA HERRERA	
XXXXX	VALOR I
MESES Y DOCE DIAS	FECHA I
	FECHA I

ESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA APOYAR LA
EPARTAMENTAL DE ETV Y ZOONOSIS PARA LA PREVENCIÓN,
E A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES EN LA INTERRUPCIÓN DE
ANOSOMA CRUZI POR RHODNIUS PROLIXUS EN MUNICIPIOS A
CORDE A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS
COMO DEPARTAMENTAL EN LOS MUNICIPIOS DE FOMEQUE,
ATO INTERADMINISTRATIVO SS-CDCTI-708-2025, A TRAVES DE
SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE.

METODOLOGÍA / CONDICIONES DE CALIDAD	PERIODO 1		% DE AVANCE
	ROGRAMAD	JECUTAD	

1.Actas de Reunión 2. Registro de asistencia 3. Registro fotográfico	1	1	20%
1.Actas de Capacitacion 2. Registro de asistencia 3. Registro fotografico	1	1	20%
1.Informe de Asistencia Técnica 2. Registro de asistencia 3. Registro fotográfico	1	1	20%

1.Actas de reunión 2. Registro de asistencia 3.Registro Fotografico 4.Fichas de Notificacion 5.Consentimiento Informado 6. Formato Remision Muestras 7.Garantizar calidad envio muestras (cadena frio-triple embalaje) 8. Entrega resultados (soporte)	1	1	20%
1. BAC 2. BAI 3.IEC	1	1	20%

	1	1	20%
Informe tecnico	1	1	20%

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

Plan de Trabajo Técnico y Cronograma de Contrato/Conv

	Prestación de Servicios
DEL CONTRATO	$16,913,155
DE INICIO	19/09/2025
DE TERMINACION	

CRONOGRAMA ACTIVIDADES PO

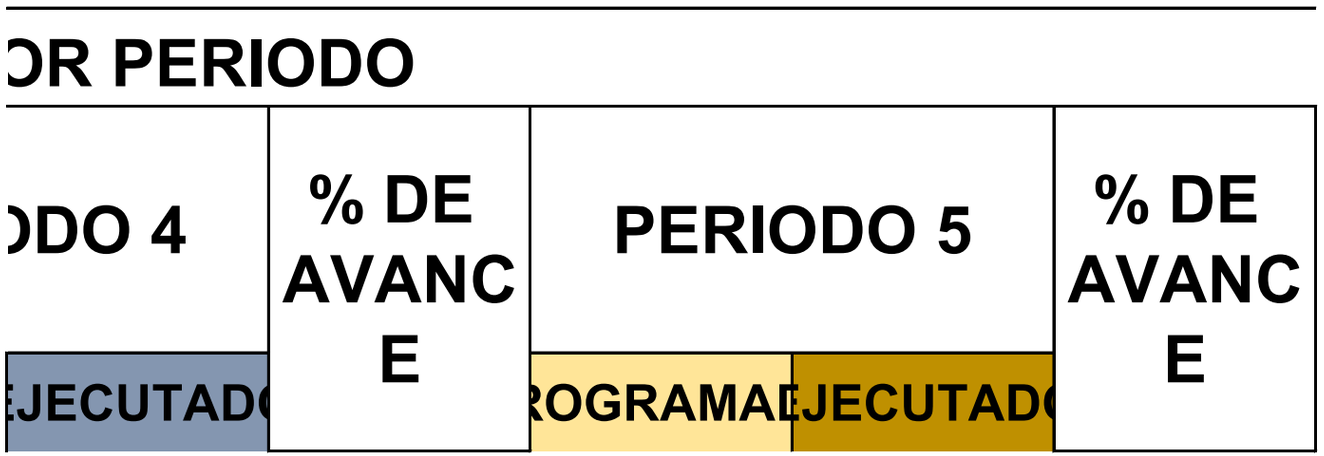
PERIODO 2		% DE AVANCE	PERIODO 3		% DE AVANCE	PERIO
ROGRAMAD	EJECUTADO		ROGRAMAD	EJECUTADO		ROGRAMAD

1	1	20%	1	1	20%	
1	1	20%	1	1	20%	
1	1	20%	1	1	20%	

1	1	20%	1	1	20%	
1	1	20%	1	1	20%	

1	1	0%	1	1	0%	
1	1	20%	1	1	20%	

enio


OR PERIODO
ODO 4
% DE AVANCE
PERIODO 5
% DE AVANCE
EJECUTADO
ROGRAMADO
EJECUTADO

	0%			0%
	0%			0%
	0%			0%

	0%			0%
	0%			0%

	0%			0%
	0%			0%

TOTAL % EJECUTADO	PRODUCTOS PROGRAMADOS

60%	1
60%	1
60%	1

60%	1
60%	1

20%	1
60%	1

	Código: M-PDS-GSP-FR-(
	Versión: 02
	Fecha de aprobación: 03 / Jur

MEDIOS DE VERIFICACION PROGRAMADOS	PRODUCTOS ENTREGADOS	MEDIOS DE VERIFICACION ENTREGADOS

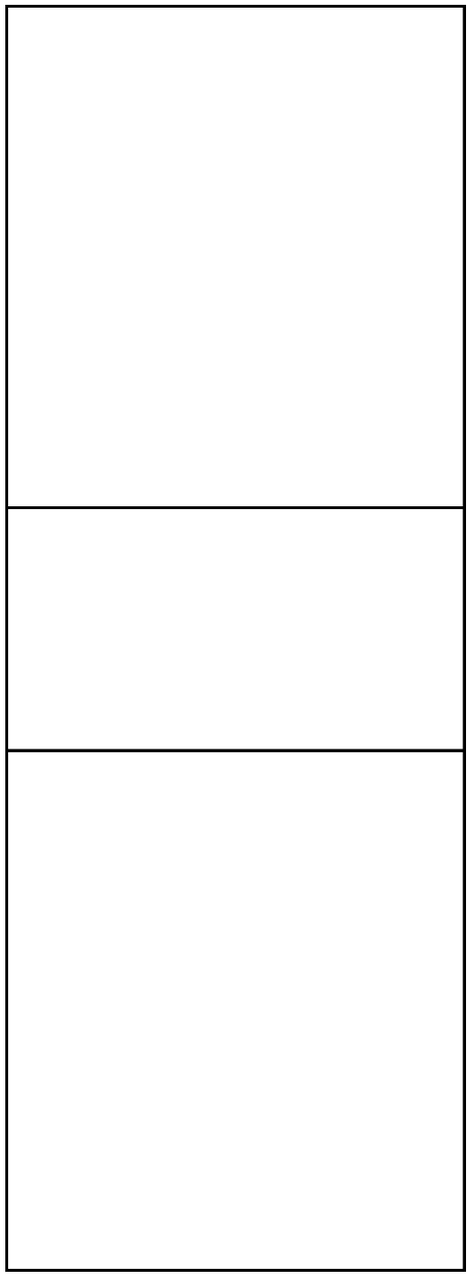
	1	
	1	
	1	

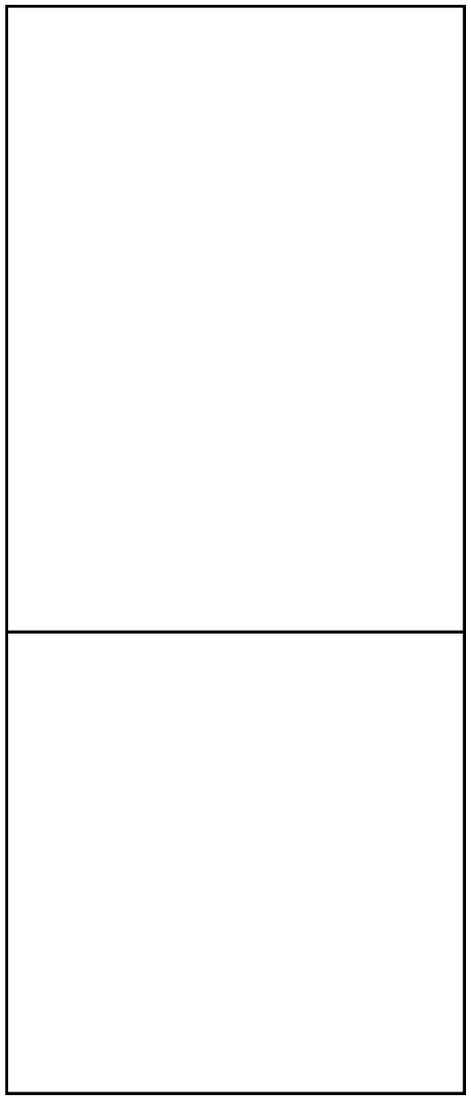
	1	
	1	

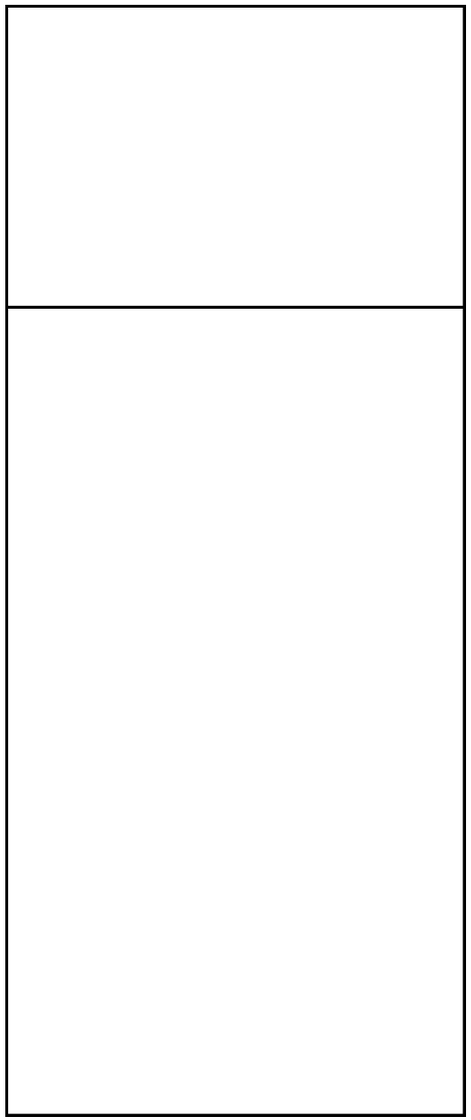
	1	
	1	

)11
n / 2015

OBSERVACIONES







| | | |

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

Plan de Trabajo Técnico y Cronograma de Contrato/Convenio

NOMBRE DEL CONTRATISTA	**KEYDY NATALI CASTILLO HERRERA**	**TIPO DE CONTRATO**	**Prestación de Servicios**
No. De CONTRATO	**731**	**VALOR DEL CONTRATO**	**$29,235,578**
PLAZO DE EJECUCION	**5 MESES**	**FECHA DE INICIO**	**19/09/2025**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TRABAJADORA SOCIAL, PARA APOYAR LA EJECUCION DE ACCIONES DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ETV Y ZOONOSIS PARA LA PREVENCION, PROMOCION, ATENCION Y CONTROL, ACORDE A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES EN LA INTERRUPCION DE LA TRANSMISION INTRADOMICILIARIA DE TRIPANOSOMA CRUZI POR RHODNIUS PROLIXUS EN MUNICIPIOS A**	**FECHA DE TERMINACION**	**31-dic-25**

CRONOGRAMA ACTIVIDADES POR PERIODO

OBLIGACION ESPECÍFICA	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA / CONDICIONES DE CALIDAD	PERIODO 1		% DE AVANCE	PERIODO 2		% DE AVANCE	PERIODO 3		% DE AVANCE	PERIODO 4		% DE AVANCE	PERIODO 5		% DE AVANCE	PERIODO 6		% DE AVANCE
			PROGRAMAD	JECUTAD		OGRAMA	EJECUTADO		PROGRAMAD	EJECUTADO		ROGRAMA	EJECUTADO		ROGRAMA	EJECUTADO		ROGRAMA	EJECUTADO	
. Realizar reunión de articulación de los planes de promoción, prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis Departamentales, junto al representante o coordinador PIC de cada municipio asignado, equipo básico territorial (APS) para la gestión de casos especiales identificados relacionados a las ETV-zoonosis de manera mensual.	se realizo articulacion con pic ubaque	se entrega 2 actas, 2 listados de asistencia y 2 formatos de fotografia	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
2.Realizar acciones de promoción de la salud y prevención, control y eliminación de las ETV, de manera mensual en los municipios asignados, mediante la ejecución de 5 talleres educativos aplicados en los diferentes entornos (Educativo, hogar, comunitario, laboral, institucional, etc) definidos por el lineamiento MSPS, enviando de forma magnética las evidencias correspondientes para su posterior consolidación en el ArcGis Survey123, (cada taller en diferentes entornos)	se realizo 3 talleres en el municipio de ubaque y dos en choachi	Se entregan 5 actas, 5 listados de asistencia y 5 formatos de fotografia Por último, se subió los talleres ejecutados durante el periodo al aplicativo ARCGIS SURVEY 123	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
3. Realizar articuladamente una (2) movilización social mensual en su área de influencia, haciendo énfasis en la enfermedad de Chagas.	se realizo las dos movilizaciones en ubaque y choachi	se entrega, 2 listado de asistencia y 2 informe técnico y 2 formato de fotografia	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
4. Realizar diagnóstico social con su cartografía social, seguimiento mensual y evaluación final de los municipios asignados por la concurrencia, realizando articulación y socialización con autoridades locales y/o con la comunidad de barrio y/o vereda determinado e intervenido, teniendo en cuenta las acciones del plan de interrupción de la transmisión intradomiciliaria de Enfermedad de Chagas por Rhodnius prolixs, la cual facilite el análisis de la **situación de cada uno de los municipios inmersos en la concurrencia.**	se realizo cartografia social en la vereda de ganco	se entrega un informe de asistencia técnica, un registro fotográfico, un registro de asistencia y un documento técnico	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
5. Realizar participación activa con la comunidad, autoridades locales, miembros de las instituciones educativas y organizaciones sociales, la información relacionada con la participación social para el cambio conductual en la promoción, prevención, vigilancia, inspección, control y eliminación de las ETV y las enfermedades zoonóticas a través de jornadas de capacitación, COVECOM u otros espacios municipales establecidos (1 sesión mensual por cada municipio asignado)	durante el tiempo de ejecucion de este corte fueron canceladas las reuniones que tenian programadas en los dos municipios	certificado	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
6. Crear 1 estrategia lúdico pedagógico y realizar la implementación en el municipio elegido para dicha acción y evaluación final, para la implementación de acciones de participación social para el cambio conductual en la promoción, vigilancia inspección y control de las ETV y enfermedades zoonóticas, como parte del diagnóstico social encaminado a fortalecer acciones del plan de interrupción de la transmisión intradomiciliaria de Enfermedad de Chagas por Rhodnius prolixus.	se realizo la actividad enel colegio ITO	se entrega un informe de asistencia técnica, un registro fotográfico, un registro de asistencia y un documento técnico	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
7Apoyar al programa ETV y Zoonosis de la secretaria de salud de Cundinamarca, en el marco de las posibles contingencias relacionadas con las ETV-Zoonosis en todos los municipios inmersos en la concurrencia.	durante el periodo de ejecuccion no se realizo la actividad	CERTIFICADO	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
8. Hacer entrega al supervisor del contrato de un informe mensual y final según formato establecido y linea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud publica correspondientes a las actividades desarrolladas en el periodo, en cumplimiento del objeto contractual y los soportes respectivos en medio magnético como soporte para el trámite de cuentas de cobro, que incluya: bases de datos, archivos digitales y demás evidencias documentales que den cuenta de la totalidad de productos relacionados con el objeto del contrato y linea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud pública.	se entrega informe mensual con los anexos en digital e impresos	Se entrega un informe que corresponde al corte	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
9.Realizar capacitación al talento humano de Hospitales y municipios sobre la prevención y el manejo de la enfermedad de Chagas, a través de campañas de movilización social Inter barrios, ferias de servicios, entre otras, la cuales serán concertadas con las autoridades municipales	Se realiza capacitación sobre el manejo de las enfermedades de Chagas en el centro de salud de municipio de UBAQUE	Se entrega 1 acta de reunión, 1 registros fotograficos y 1 registros de asistencia	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%			0%			0%			0%

PERIODO 7		% DE AVANCE	PERIODO 8		% DE AVANCE	PERIODO 9	% DE AVANCE	TOTAL % EJECUTADO	PRODUCTOS PROGRAMADOS	MEDIOS DE VERIFICACION PROGRAMADOS	PRODUCTOS ENTREGADOS	MEDIOS DE VERIFICACION ENTREGADOS	OBSERVACIONES
OGRAMA	EJECUTADO		OGRAMA	EJECUTADO		PROGRAMADO							
0	0	0%	0	0	0%	0	0%	60%	2	articulacion coordinador pic	1	actas, firmas, registro fotografico	
0	0	0%	0	0	0%	0	0%	60%	5	talleres educactivos	5	informe de asistencia tecnica, registro fotografico,re	
0	0	0%	0	0	0%	0	0%	60%	2	movilizacion	2	informe de asistencia tecnica, registro	
0	0	0%	0	0	0%	0	0%	60%	1	diagnostico social, cartografia social	1	informe de asistencia tecnica, registro fotografico,re gistro de	
0	0	0%	0	0	0%	0	0%	60%	2	participacon activa	1	certificado	
0	0	0%	0	0	0%	0	0%	60%	1	estrategia ludico pedagogico	1	informe de asistencia tecnica, registro	
0	0	0%	0	0	0%	0	0%	60%	1	apoyo programa gobernacion	1	cerificado	
0	0	0%	0	0	0%	0	0%	60%	1	informe mensual	1	informe	
		0%			0%		0%	60%	1	capacitacion	1	asistencia tecnica, registro fotografico,re gistro de	

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

Plan de Trabajo Técnico y Cronograma de Contrato/Convenio

NOMBRE DEL CONTRATISTA	**ANGIE NATALIA MENDEZ ARIAS**	**TIPO DE CONTRATO**	**Prestación de Servicios**
No. De CONTRATO	**708**	**VALOR DEL CONTRATO**	**11,279,870**
PLAZO DE EJECUCION	**3 MESES Y 12 DIAS**	**FECHA DE INICIO**	**19/09/2025**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ETV-ZOONOSIS, PARA APOYAR LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ETV Y ZOONOSIS PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, ATENCIÓN Y CONTROL, ACORDE A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES EN LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN INTRADOMICILIARIA DE TRIPANOSOMA CRUZI POR RHODNIUS PROLIXUS EN MUNICIPIOS A CERTIFICAR, RECERTIFICAR Y VIGILAR ACORDE**	**FECHA DE TERMINACION**	**31-Dec-25**

OBLIGACION ESPECÍFICA	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA / CONDICIONES DE CALIDAD	CRONOGRAMA ACTIVIDADES POR PERIODO																								
			PERIODO 1		% DE AVANCE	PERIODO 2		% DE AVANCE	PERIODO 3		% DE AVANCE	PERIODO 4		% DE AVANCE	PERIODO 5		% DE AVANCE	PERIODO 6		% DE AVANCE	PERIODO 7		% DE AVANCE	PERIODO 8		% DE AVANCE	PERIODO 9
			ROGRAMAD	JECUTADO		OGRAMA	EJECUTADO		ROGRAMAD	JECUTADO		OGRAMA	JECUTADO		OGRAMA	JECUTADO		OGRAMA	JECUTADO		OGRAMA	JECUTADO		OGRAMA	JECUTADO		PROGRAMADO
1-Realizar articulación con PIC municipal, APS, Equipo ETV Departamental en aras de sectorizar las acciones y dar cobertura al 100 % del municipio.	Se realizo articulación con PIC municipal y APS el dia 09 de octubre de 9:00 am 10:00am en la Alcaldia Municipal de Ubaque.	Se entrega 1 acta de reunión, 1 registro fotográfico y 1 registro de asistencia.	1	1	20%	1	1	20%	0	0	20%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0
2-Realizar la articulación mensual de los planes de promoción, prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis Departamentales, junto al representante o coordinador PIC de cada municipio asignado			1	1	20%	1	1	20%	0	0	20%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0
3-Apoyar el desarrollo de acciones de promoción, prevención, control y eliminación de la salud relacionadas con ETV y zoonosis en el municipio asignado mensualmente, mediante la ejecución de 4 talleres educativos aplicados en los diferentes entornos definidos por el lineamiento MSPS, enviando de forma magnética las evidencias correspondientes al Drive asignado y reportados a través del ArcGIS Survey123, (cada taller en diferentes entornos).	siguiente manera: 1.Taller educativo con veredas altas del municipio el dia 04 de 8:00 am a 12:00 am de octubre con una asistencia de 7 mujeres y 6 hombres para un total de 13 personas. 2.Taller con la comunidad de las veredas altas en el colegio de sabanilla el dia 27 de septiembre a las 10:00am a 12:00 am con una asistencia de 4 mujeres y 8 hombres para un total de 12 personas. Se realizo dos (2) talleres educativos en el municipio de CHOACHI el cual fueron de la siguiente manera: 1.Comercio del municipio de Choachi el dia 07 de octubre de 8:00 am a 9:00 am con una asistencia de 6 mujeres y 4 hombres para un total 10 personas. 2.Taller con la comunidad de la vereda de Guaza el dia 10 de octubre de 9:00am a 11:30 am con una participación de 9 mujeres y 4 hombres para un total de 13 personas.	Se entrega 4 actas, 4 listados de asistencia y 4 formatos de evidencia fotográfica.	1	1	20%	1	1	20%	0	0	20%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0
4-Realizar una (3) jornada lúdico pedagógica mensual, para la promoción, prevención, control y eliminación de las ETV-Zoonosis Chagas en el municipio o área de influencia.	1-Se realizo dos (2) jornadas lúdico pedagógicas en el municipio de UBAQUE el cual se ejecutaron de la siguiente manera: •Parque principal en la semana de la salud el dia 27 de septiembre 8:30am a 11:30 con una participación de 12 mujeres y 1 hombre para un total 13 personas. •Feria ganadera el dia 12 de octubre a las 7:00 am a las 9:00 am. Con una participación de 4 mujeres y 7 hombres para un total de 11 personas. 2-Se realizo dos (1) jornadas lúdico pedagógicas en el municipio de CHOACHI el cual se ejecutó de la siguiente manera: •Madres Gestante el dia 07 de octubre a LAS 9:00 am a 10:00 am a 11:00 am, con una participación de 7 mujeres y 3 hombres para un total de 10 personas.	Se entrega 3 actas, 3 listados de asistencia y 3 formatos de evidencia fotográfica.	1	1	20%	0	1	20%	0	0	20%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0
5-Apoyar a los profesionales del area de entomologia del Laboratorio de Salud Pública Departamental, en la remisión del material entomológico obtenido en los Puestos de Recolección de Triatominos Comunitarios o el capturado mensualmente en los depositos de agua durante las actividades de promoción, prevención, control y eliminación casa a casa rutinarias, la cual deba coincidir con la información registrada en el formulario diseñado para la actividad en ArcGIS Survey123.	Para la primera entrega no se envió material entomológico por parte del municipio de Ubaque ni Choachi.	No se desarrolló esta actividad en el periodo reportado. (Certificado)	1	1	20%	0	1	20%	0	0	20%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0
6-Realizar mínimo 300 encuestas domiciliarias para el registro de factores de riesgo y búsqueda activa de Triatominos, promoción, prevención, control y eliminación de la salud y prevención de la Enfermedad de Chagas, en los municipios indicados mensualmente por el supervisor del contrato. Cada encuesta deberá ser registrada en la vivienda correspondiente a través del formulario diseñado para ArcGis Survey 123.	•Se realizo 150 encuestas domiciliarias en el municipio de UBAQUE en las veredas de Cacique, Romero Bajo, Romero Alto y Centro aluera. •Se realizo 150 visitas domiciliarias en el municipio de CHOACHÍ en las veredas de Guaza y Resguardo bajo sector alto del viento	Se diligencio en el aplicativo de ArcGIS Survey123.	1	1	20%	0	1	20%	0	0	20%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0
7-Realizar la fumigación para la promoción, prevención, control y eliminación de vectores de importancia en salud pública, en situación de brotes, epidemias, presencia de casos, o por solicitud del supervisor del contrato, cumpliendo los requisitos técnicos, sanitarios y realizando el registro en ArcGIS Survey123. Dicha actividad corresponderá a 23 encuestas larvarias domiciliares para registro de factores de riesgo, promoción de la salud y prevención de las arbovirosis por cada dia de trabajo y solo podrán apoyar dos (02) auxiliares excepcuando una contingencia.	Para la primera entrega no se realizó fumigación en el municipio de Ubaque ni Choachi.	No se desarrolló esta actividad en el periodo reportado. (Certificado)	1	1	20%	0	1	20%	0	0	20%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0
8-Apoyar al programa ETV y Zoonosis de la secretaria de salud de Cundinamarca, en el marco de las posibles contingencias relacionadas con las ETV- Zoonosis en todos los municipios inmersos en la concurrencia.	Para la primera entrega no se realizó fumigación en el municipio de Ubaque ni Choachi.	No se desarrolló esta actividad en el periodo reportado. (Certificado)	1	1	20%	0	1	20%	0	0	20%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0
9-Apoyar al programa ETV y Zoonosis de la secretaria de salud de Cundinamarca, en el marco de las posibles contingencias relacionadas con las ETV- Zoonosis en todos los municipios inmersos en la concurrencia.	Para la primera entrega no se realizó fumigación en el municipio de Ubaque ni Choachi.	No se desarrolló esta actividad en el periodo reportado. (Certificado)	1	1	20%	0	1	20%	0	0	20%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0
10-Apoyar las acciones enmarcadas en el plan de interrupción de la transmisión intradomiciliar de Tripanosoma cruzi por Rhodnius prolixus en municipios priorizados, tales como establecimiento, actualización y/o seguimiento a los Puestos de Recolección de Triatominos Comunitarios (PRTC) a través del formulario diseñado en ArcGis Survey123, u otras según directrices del supervisor del contrato.	•Se realizo seguimiento y actualización de datos de los Puestos de Triatominos Comunitarios (PRTC) en el municipio de Ubaque Cundinamarca a través del formulario diseñado en ArcGis Survey123, en las veredas de CENTRO FUERA- FIESGA-GANCO-MOLINO-PIC MUNICIPAL-RIO NEGRO-ROMERO BAJO-SAN AGUSTIN. •Se realizo seguimiento y actualización de datos de los Puestos de Triatominos Comunitarios (PRTC) en el municipio de Choachí Cundinamarca a través del formulario diseñado en ArcGis Survey123, en las veredas de QUIZA-FERRALARADA-MAZA-MAZA Y RIO BLANCO	Se diligencio en el aplicativo de ArcGIS Survey123.	1	1	20%	0	1	20%	0	0	20%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0
11-Hacer entrega al supervisor del contrato de un informe mensual y final según formato establecido y línea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud pública correspondientes a las actividades desarrolladas en el periodo, en cumplimiento del objeto contractual y los soportes respectivos en medio magnético como soporte para el trámite de cuentas de cobro, que incluya: base de datos, archivos digitales y demás evidencias documentales que den cuenta de la totalidad de productos relacionados con el objeto del contrato y línea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud pública.	Se realizo un informe final de cada una de las actividades desarrolladas en el primer corte de los municipios de Ubaque y Choachi dando cumplimiento con el producto relacionado con el objeto del contrato.	Se entrega informe correspondiente al primer corte.	1	1	20%	0	1	20%	0	0	20%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0

	Código: M-PDS-GSP-FR-011
	Versión: 02
	Fecha de aprobación: 03 / Jun / 2015

% DE AVANCE	TOTAL % EJECUTADO	PRODUCTOS PROGRAMADOS	MEDIOS DE VERIFICACION PROGRAMADOS	PRODUCTOS ENTREGADOS	MEDIOS DE VERIFICACION ENTREGADOS	OBSERVACIONES
0%	60%	2	Articulacion coordinador PIC.	1	actas, firmas, registro fotografico	
0%	60%	5	Articulación PIC Municipal.	1	informe de asistencia tecnica, registro fotografico,registro de asistencia	
0%	60%	2	Talleres educativos	4	informe de asistencia tecnica, registro fotografico,registro de asistencia	
0%	60%	1	Jornadas Lúdico Pedagógica	3	informe de asistencia tecnica, registro fotografico,registro de asistencia, documento tecnico y desarrollo de la actividad	
0%	60%	2	Apoyar a los profesionales del area entomologica del laboratorio de salud publica.	1	informe de asistencia tecnica, registro fotografico,registro de asistencia	
0%	60%	1	Realizar minimo 300 encuestas.		Diligenciamiento del aplicativo	
0%	60%	1	Realizar la fumigación para la proimoción y prevención	1	cerificado	
0%	60%	1	Apoyar al programa ETV y zoonosis dela secretaria de salud.	1	cerificado	
0%	60%	1	Apoyar semanalmente la busqueda dee casos de ETV.	1	cerificado	
0%	60%	1	Apoyar las acciones enmarcadas en el plan de interrupción de transmisión.	1	cerificado	
0%	60%	1	Informe final	1	Informe Final	

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

Plan de Trabajo Técnico y Cronograma de Contrato/Convenio

NOMBRE DEL CONTRATISTA	**KEYDY NATALI CASTILLO HERRERA**	**TIPO DE CONTRATO**	**Prestación de Servicios**
No. De CONTRATO	**731**	**VALOR DEL CONTRATO**	**$29,235,578**
PLAZO DE EJECUCION	**5 MESES**	**FECHA DE INICIO**	**19/09/2025**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TRABAJADORA SOCIAL, PARA APOYAR LA EJECUCION DE ACCIONES DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ETV Y ZOONOSIS PARA LA PREVENCION, PROMOCION, ATENCION Y CONTROL, ACORDE A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES EN LA INTERRUPCION DE LA TRANSMISION INTRADOMICILIARIA DE TRIPANOSOMA CRUZI POR RHODNIUS PROLIXUS EN MUNICIPIOS A**	**FECHA DE TERMINACION**	**31-dic-25**

CRONOGRAMA ACTIVIDADES POR PERIODO

OBLIGACION ESPECÍFICA	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA / CONDICIONES DE CALIDAD	PERIODO 1		% DE AVANCE	PERIODO 2		% DE AVANCE	PERIODO 3		% DE AVANCE	PERIODO 4		% DE AVANCE	PERIODO 5		% DE AVANCE	PERIODO 6		% DE AVANCE
			PROGRAMAD	JECUTAD		OGRAMA	EJECUTADO		PROGRAMAD	EJECUTADO		ROGRAMA	EJECUTADO		ROGRAMA	EJECUTADO		ROGRAMA	EJECUTADO	
. Realizar reunión de articulación de los planes de promoción, prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis Departamentales, junto al representante o coordinador PIC de cada municipio asignado, equipo básico territorial (APS) para la gestión de casos especiales identificados relacionados a las ETV-zoonosis de manera mensual.	se realizo articulacion con pic ubaque	se entrega 2 actas, 2 listados de asistencia y 2 formatos de fotografia	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
2.Realizar acciones de promoción de la salud y prevención, control y eliminación de las ETV, de manera mensual en los municipios asignados, mediante la ejecución de 5 talleres educativos aplicados en los diferentes entornos (Educativo, hogar, comunitario, laboral, institucional, etc) definidos por el lineamiento MSPS, enviando de forma magnética las evidencias correspondientes para su posterior consolidación en el ArcGis Survey123, (cada taller en diferentes entornos)	se realizo 3 talleres en el municipio de ubaque y dos en choachi	Se entregan 5 actas, 5 listados de asistencia y 5 formatos de fotografia Por último, se subió los talleres ejecutados durante el periodo al aplicativo ARCGIS SURVEY 123	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
3. Realizar articuladamente una (2) movilización social mensual en su área de influencia, haciendo énfasis en la enfermedad de Chagas.	se realizo las dos movilizaciones en ubaque y choachi	se entrega, 2 listado de asistencia y 2 informe técnico y 2 formato de fotografia	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
4. Realizar diagnóstico social con su cartografía social, seguimiento mensual y evaluación final de los municipios asignados por la concurrencia, realizando articulación y socialización con autoridades locales y/o con la comunidad de barrio y/o vereda determinado e intervenido, teniendo en cuenta las acciones del plan de interrupción de la transmisión intradomiciliaria de Enfermedad de Chagas por Rhodnius prolixs, la cual facilite el análisis de la **situación de cada uno de los municipios inmersos en la concurrencia.**	se realizo cartografia social en la vereda de ganco	se entrega un informe de asistencia técnica, un registro fotográfico, un registro de asistencia y un documento técnico	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
5. Realizar participación activa con la comunidad, autoridades locales, miembros de las instituciones educativas y organizaciones sociales, la información relacionada con la participación social para el cambio conductual en la promoción, prevención, vigilancia, inspección, control y eliminación de las ETV y las enfermedades zoonóticas a través de jornadas de capacitación, COVECOM u otros espacios municipales establecidos (1 sesión mensual por cada municipio asignado)	durante el tiempo de ejecucion de este corte fueron canceladas las reuniones que tenian programadas en los dos municipios	certificado	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
6. Crear 1 estrategia lúdico pedagógico y realizar la implementación en el municipio elegido para dicha acción y evaluación final, para la implementación de acciones de participación social para el cambio conductual en la promoción, vigilancia inspección y control de las ETV y enfermedades zoonóticas, como parte del diagnóstico social encaminado a fortalecer acciones del plan de interrupción de la transmisión intradomiciliaria de Enfermedad de Chagas por Rhodnius prolixus.	se realizo la actividad enel colegio ITO	se entrega un informe de asistencia técnica, un registro fotográfico, un registro de asistencia y un documento técnico	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
7Apoyar al programa ETV y Zoonosis de la secretaria de salud de Cundinamarca, en el marco de las posibles contingencias relacionadas con las ETV-Zoonosis en todos los municipios inmersos en la concurrencia.	durante el periodo de ejecuccion no se realizo la actividad	CERTIFICADO	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
8. Hacer entrega al supervisor del contrato de un informe mensual y final según formato establecido y linea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud publica correspondientes a las actividades desarrolladas en el periodo, en cumplimiento del objeto contractual y los soportes respectivos en medio magnético como soporte para el trámite de cuentas de cobro, que incluya: bases de datos, archivos digitales y demás evidencias documentales que den cuenta de la totalidad de productos relacionados con el objeto del contrato y linea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud pública.	se entrega informe mensual con los anexos en digital e impresos	Se entrega un informe que corresponde al corte	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
9.Realizar capacitación al talento humano de Hospitales y municipios sobre la prevención y el manejo de la enfermedad de Chagas, a través de campañas de movilización social Inter barrios, ferias de servicios, entre otras, la cuales serán concertadas con las autoridades municipales	Se realiza capacitación sobre el manejo de las enfermedades de Chagas en el centro de salud de municipio de UBAQUE	Se entrega 1 acta de reunión, 1 registros fotograficos y 1 registros de asistencia	1	1	20%	1	1	20%	1	1	20%			0%			0%			0%

PERIODO 7		% DE AVANCE	PERIODO 8		% DE AVANCE	PERIODO 9	% DE AVANCE	TOTAL % EJECUTADO	PRODUCTOS PROGRAMADOS	MEDIOS DE VERIFICACION PROGRAMADOS	PRODUCTOS ENTREGADOS	MEDIOS DE VERIFICACION ENTREGADOS	OBSERVACIONES
OGRAMA	EJECUTADO		OGRAMA	EJECUTADO		PROGRAMADO							
0	0	0%	0	0	0%	0	0%	60%	2	articulacion coordinador pic	1	actas, firmas, registro fotografico	
0	0	0%	0	0	0%	0	0%	60%	5	talleres educactivos	5	informe de asistencia tecnica, registro fotografico,re	
0	0	0%	0	0	0%	0	0%	60%	2	movilizacion	2	informe de asistencia tecnica, registro	
0	0	0%	0	0	0%	0	0%	60%	1	diagnostico social, cartografia social	1	informe de asistencia tecnica, registro fotografico,re gistro de	
0	0	0%	0	0	0%	0	0%	60%	2	participacon activa	1	certificado	
0	0	0%	0	0	0%	0	0%	60%	1	estrategia ludico pedagogico	1	informe de asistencia tecnica, registro	
0	0	0%	0	0	0%	0	0%	60%	1	apoyo programa gobernacion	1	cerificado	
0	0	0%	0	0	0%	0	0%	60%	1	informe mensual	1	informe	
		0%			0%		0%	60%	1	capacitacion	1	asistencia tecnica, registro fotografico,re gistro de	

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 1

LUGAR: COLEGIO IGNACIO PESCADOR

EVENTO: ACTIVIDAD EDUCATIVA SOBRE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS

FOTO:
Fecha de toma (7/11/2025):

PROVINCIA: ORIENTE



Observaciones:

_____

_____

_____.

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 1

LUGAR: COLEGIO IGNACIO PESCADOR

EVENTO: ACTIVIDAD EDUCATIVA SOBRE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS

FOTO:
Fecha de toma (7/11/2025):

PROVINCIA: ORIENTE



Observaciones:

_____

_____

_____.

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 2

LUGAR: ESCUELA DE LAVADERO FOMEQUE

EVENTO: ACTIVIDAD EDUCATIVA SOBRE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS

FOTO:
Fecha de toma (11/11/2025):

PROVINCIA: ORIENTE









Observaciones: _____

FECHA DE LA ASISTENCIA:	11-11-2025

INFORMACIÓN GENERAL

Medio de Asistencia Técnica:

☒Campo ☐Virtual ☐Oficina

DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD

DIRECCIÓN O ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR

Nombres y Apellidos: Mayra Lucía Martínez Hernández	**Cargo**: Bacterióloga
Correo electrónico: institucional:labfomeque@gmail.com	**Teléfono**: 3144151240

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO
(Solicitante o uno de los beneficiarios)

Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro).

Se lleva a cabo asistencia y sensibilización en pacientes diagnosticados durante el último semestre en la ESE Hospital Fómeque y centros de salud de Choachí y Ubaque.

Nombre del beneficiario: Comunidad conformada por pacientes con diagnóstico de enfermedad de chagas.	**Correo electrónico:**

Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Fómeque, Choachí y Ubaque

Número total de beneficiarios: 25

TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)

OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca.

Fortalecer el conocimiento, la comprensión y las capacidades de autocuidado de los habitantes de los municipios de Choachí, Ubaque y Fómeque diagnosticados con enfermedad de Chagas durante el último semestre, mediante actividades educativas y

participativas que promuevan la detección temprana, el tratamiento oportuno y la prevención en el entorno familiar y comunitario.

ACTIVIDADES REALIZADAS

Inicialmente, se brinda la bienvenida a los asistentes y se presenta el objetivo de la reunión. Se realiza un breve saludo y la presentación del personal que conforma el equipo de trabajo. A continuación, se explica el propósito del encuentro y se invita a los participantes a presentarse.

Posteriormente, se lleva a cabo una ronda de preguntas en formato de conversatorio para promover el diálogo abierto e identificar el conocimiento previo sobre la enfermedad. Entre las preguntas orientadoras se incluyen: ¿Qué han escuchado sobre la enfermedad?, ¿Cómo ha cambiado su vida desde el diagnóstico?, y ¿Qué dudas tienen?

Luego, se presenta información clara y accesible sobre la importancia del diagnóstico y el seguimiento adecuado de la enfermedad. Además, se realiza una lluvia de ideas sobre acciones que los participantes pueden aplicar en sus hogares. En este espacio se abordan temas como afrontar el diagnóstico, pautas para reducir la ansiedad y orientaciones sobre cuándo buscar apoyo profesional. También se invita a los asistentes a compartir experiencias, si así lo desean.

Asimismo, se explican de manera detallada aspectos clave como los lugares a los que pueden acudir para controles, el funcionamiento del tratamiento y los contactos disponibles en caso de síntomas o inquietudes. Se entrega un listado con información útil, incluyendo números de contacto y horarios de atención.

Finalmente, se resuelven las dudas pendientes, se agradece la participación de los asistentes y se refuerzan los mensajes clave tratados durante la sesión.

CONCLUSIONES

1. La sesión permitió establecer un espacio de confianza en el que los participantes pudieron expresar sus dudas, experiencias y emociones relacionadas con la enfermedad.
2. Se identificó que existe un conocimiento general previo, aunque con información incompleta o confusa, lo que resalta la importancia de continuar fortaleciendo la educación en salud.
3. Los asistentes comprendieron la relevancia del diagnóstico oportuno, el seguimiento continuo y la adherencia al tratamiento como pilares fundamentales para el control de la enfermedad.
4. La lluvia de ideas generó propuestas útiles y aplicables en el entorno doméstico, lo que favorece la participación activa de los pacientes en su autocuidado.
5. Se logró una interacción respetuosa y colaborativa, que contribuyó a fortalecer el

vínculo entre el equipo de trabajo y los participantes.

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒SI ☐NO

Observaciones:

1. Algunos participantes manifestaron ansiedad e incertidumbre frente a su diagnóstico, por lo que sería conveniente reforzar estrategias de acompañamiento emocional y apoyo psicológico.
2. Se evidenció la necesidad de ofrecer materiales informativos más accesibles y concretos, especialmente para quienes presentan dificultades de comprensión o limitaciones de lectura.
3. Podría beneficiarse el grupo con sesiones adicionales centradas exclusivamente en técnicas de autocuidado y manejo de síntomas.
4. Sería útil implementar un mecanismo de seguimiento para evaluar la comprensión de la información brindada y el impacto de las actividades realizadas.
5. La participación activa fue positiva; sin embargo, algunos asistentes se mostraron reservados. En futuras sesiones se recomienda incentivar la interacción a través de dinámicas más participativas.

Se Anexa planilla de asistencia

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1	**Tipo Doc**	**Documento**	**Apellido1**	**Apellido2**	**Nombre1**	**Nombre2**	**FNac**	**Fecha Atencion**	**Ciudad**	**DesEmp**	**Diagnostico**	**DesDiag**	**Direccion**
2	CC	40217455	CALENTURA	PARRADO	FLOR	MYRIAN	1982-02-04	2025-10-22	UBAQUE	EPS FAMISANAR SAS	B572	†-ENFERMEDAD DE CHAGAS (CRONICA) QUE AFECTA AL CORAZON (141.2*,198.1*)	VEREDA SAN AGUSTIN UBAQUE
3	CC	20482425	BOBADILLA	PEÑA	ANA	BERTILDA	1954-09-10	2025-10-06	CHOACHI	COMPENSAR E.P.S.	B575	ENFERMEDAD DE CHAGAS (CRONICA) QUE AFECTA OTROS ORGANOS	FERRALARADA CHOACHI
4	CC	20567004	RIVEROS	IBAGON	ROSA	MARIA	1957-08-22	2025-10-06	CHOACHI	COMPENSAR E.P.S.	B575	ENFERMEDAD DE CHAGAS (CRONICA) QUE AFECTA OTROS ORGANOS	V RESGUARDO CHOAC
5	CC	41318862	IBAGON	DE RODRIGUEZ	MARIA		1939-12-25	2025-10-06	CHOACHI	NUEVA EPS	B575	ENFERMEDAD DE CHAGAS (CRONICA) QUE AFECTA OTROS ORGANOS	RESGUARDO BAJO CHOACHI
6	CC	2999511	PULIDO	BOBADILLA	CAMPO	ELIAS	1959-02-03	2025-10-04	CHOACHI	NUEVA EPS	B572	†-ENFERMEDAD DE CHAGAS (CRONICA) QUE AFECTA AL CORAZON (141.2*,198.1*)	CENTRO CHOACHI
7	CC	41563160	SANCHEZ	DE SANCHEZ	ANA	CECILIA	1946-01-18	2025-10-03	FOMEQUE	COMPENSAR E.P.S.	B575	ENFERMEDAD DE CHAGAS (CRONICA) QUE AFECTA OTROS ORGANOS	RESGUARDO FOMEQUE
8	CC	39765782	VERGARA	GONZALEZ	BERENICE		1968-08-20	2025-10-03	FOMEQUE	NUEVA EPS	B575	ENFERMEDAD DE CHAGAS (CRONICA) QUE AFECTA OTROS ORGANOS	VEREDA LADERAS
9	CC	3015484	PARDO	ROJAS	ROSO		1944-10-28	2025-10-03	FOMEQUE	EPS FAMISANAR SAS	B570	†-ENFERMEDAD DE CHAGAS AGUDA QUE AFECTA AL CORAZON (141.2*, 198.1*)	GRAMAL FOMEQUE
10	CC	41384533	NIMISICA	VARGAS	MARIA	INES	1947-05-10	2025-10-03	FOMEQUE	EPS FAMISANAR SAS	B570	†-ENFERMEDAD DE CHAGAS AGUDA QUE AFECTA AL CORAZON (141.2*, 198.1*)	LAVADERO FOMEQUE
11	CC	20304628	GUTIERREZ	DE SANCHEZ	ANA	LIDIA	1940-11-10	2025-10-03	FOMEQUE	EPS FAMISANAR SAS	B570	†-ENFERMEDAD DE CHAGAS AGUDA QUE AFECTA AL CORAZON (141.2*, 198.1*)	LA UNION
12	CC	3015502	TURRIAGO	DIAZ	FELIX		1949-02-14	2025-10-03	FOMEQUE	NUEVA EPS	B571	ENFERMEDAD DE CHAGAS AGUDA QUE NO AFECTA AL CORAZON	SUSA
13	CC	3000473	MOLANO	MOLANO	CARLOS	ARTURO	1965-06-12	2025-09-29	CHOACHI	EPS FAMISANAR SAS	B572	†-ENFERMEDAD DE CHAGAS (CRONICA) QUE AFECTA AL CORAZON (141.2*,198.1*)	FERRALARADA CHOACHI
14	CC	20482498	RAMOS	CASTILLO	MARIA	NELSY	1958-09-23	2025-08-30	FOMEQUE	EPS FAMISANAR SAS	B570	†-ENFERMEDAD DE CHAGAS AGUDA QUE AFECTA AL CORAZON (141.2*, 198.1*)	RIO BLANCO FOMEQUE
15	CC	21046868	FLOREZ	LAVADO	LILIA		1958-08-03	2025-08-13	UBAQUE	EPS FAMISANAR SAS	B574	ENFERMEDAD DE CHAGAS (CRONICA) QUE AFECTA AL SISTEMA NERVIOSO	ROMERO BAJO UBAQUE
16	CC	21047036	LEON	BELTRAN	MARIA	DELFINA	1966-01-04	2025-07-11	UBAQUE	NUEVA EPS	B570	†-ENFERMEDAD DE CHAGAS AGUDA QUE AFECTA AL CORAZON (141.2*, 198.1*)	VEREDA FISTEGA UBAQUE
17	CC	21047851	LEON		LILIA	ROCIO	1983-08-18	2025-06-14	UBAQUE	EPS FAMISANAR SAS	B575	ENFERMEDAD DE CHAGAS (CRONICA) QUE AFECTA OTROS ORGANOS	VERDA FISTEGA
18	CC	20530956	BAQUERO	MARTINEZ	ELVIRA		1958-05-09	2025-06-13	UBAQUE	EPS FAMISANAR SAS	B575	ENFERMEDAD DE CHAGAS (CRONICA) QUE AFECTA OTROS ORGANOS	VEREDA ROMERO BAJO UBAQUE
19	CC	80392343	GUEVARA	ROMERO	JOSE	LUIS	1980-05-22	2025-02-28	FOMEQUE	EPS FAMISANAR SAS	B575	ENFERMEDAD DE CHAGAS (CRONICA) QUE AFECTA OTROS ORGANOS	CENTRO
20	CC	4509754	AMORTEGUI	PULIDO	LUIS	DAVID	1943-07-27	2024-11-12	CHOACHI	NUEVA EPS	B572	†-ENFERMEDAD DE CHAGAS (CRONICA) QUE AFECTA AL CORAZON (141.2*,198.1*)	CHOACHI LA LLANADA
21	CC	36624554	PADILLA	MORA	VIRGELINA		1974-10-28	2024-10-15	FOMEQUE	NUEVA EPS	B572	†-ENFERMEDAD DE CHAGAS (CRONICA) QUE AFECTA AL CORAZON (141.2*,198.1*)	VEREDA LA MOYA
22	CC	86042661	PARRADO	MARQUEZ	MILDER	ORLANDO	1973-05-06	2024-10-10	UBAQUE	EPS FAMISANAR SAS	B575	ENFERMEDAD DE CHAGAS (CRONICA) QUE AFECTA OTROS ORGANOS	SAN AGUSTIN UBAQUE
23	CC	21047718	HERRERA	CASIANO	MARTHA	LUCIA	1979-08-22	2024-08-17	UBAQUE	NUEVA EPS	B572	†-ENFERMEDAD DE CHAGAS (CRONICA) QUE AFECTA AL CORAZON (141.2*,198.1*)	VEREDA LUCIGA UBAQUE
24	CC	20326734	FLOREZ	BAQUERO	CENAIDA		1943-06-19	2024-08-16	UBAQUE	NUEVA EPS	B570	†-ENFERMEDAD DE CHAGAS AGUDA QUE AFECTA AL CORAZON (141.2*, 198.1*)	UBAQUE FISTEGA
25	CC	3220310	HERRERA	CASIANO	LUIS	ALFREDO	1964-04-12	2024-08-10	UBAQUE	NUEVA EPS	B575	ENFERMEDAD DE CHAGAS (CRONICA) QUE AFECTA OTROS ORGANOS	UBAQUE FISTEGA
26	CC	20484468	MOLANO	MOLANO	MARTHA	ISABEL	1971-01-15	2024-05-08	CHOACHI	NUEVA EPS	B570	†-ENFERMEDAD DE CHAGAS AGUDA QUE AFECTA AL CORAZON (141.2*, 198.1*)	CHOACHI CENTRO
27	CC	20530074	ALMANZA	GARCIA	MARIA	CONCEPCION	1943-12-04	2023-09-11	FOMEQUE	EPS FAMISANAR SAS	B571	ENFERMEDAD DE CHAGAS AGUDA QUE NO AFECTA AL CORAZON	CARRIZAL FOMEQUE
28	CC	80390155	MOLANO	MOLANO	ANGEL	GUSTAVO	1967-07-04	2023-08-29	FOMEQUE	EPS FAMISANAR SAS	B572	†-ENFERMEDAD DE CHAGAS (CRONICA) QUE AFECTA AL CORAZON (141.2*,198.1*)	RIO BLANCO FOMEQUE
29	CC	3219672	BELTRAN	ARDILA	ABDON		1957-04-30	2023-07-22	UBAQUE	NUEVA EPS	B571	ENFERMEDAD DE CHAGAS AGUDA QUE NO AFECTA AL CORAZON	VEREDA SAN AGUSTIN UBAQUE
30	CC	20481746	MOLANO	GUEVARA	MARIA	DEL CARMEN	1947-04-11	2023-06-02	CHOACHI	EPS FAMISANAR SAS	B571	ENFERMEDAD DE CHAGAS AGUDA QUE NO AFECTA AL CORAZON	CHOACHI SANTA ROSA
31	CC	20481414	IBAGON	DE MARTINEZ	MARIA	SOLEDAD	1938-08-02	2023-06-02	CHOACHI	EPS FAMISANAR SAS	B571	ENFERMEDAD DE CHAGAS AGUDA QUE NO AFECTA AL CORAZON	RESGUARDO BAJO CHOACHI-
32	CC	23623587	ALVAREZ	RAMIREZ	NIDIA	AURORA	1979-10-08	2023-06-02	CHOACHI	NUEVA EPS	B571	ENFERMEDAD DE CHAGAS AGUDA QUE NO AFECTA AL CORAZON	VILLAESPERANZA CHOACHI
33	CC	494797	AYA	VIGOYA	MARCO	FIDEL	1934-02-18	2023-03-09	UBAQUE	EPS FAMISANAR SAS	B572	†-ENFERMEDAD DE CHAGAS (CRONICA) QUE AFECTA AL CORAZON (141.2*,198.1*)	VEREDA SAN AGUSTIN UBAQUE

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	**FECHA**	
LUGAR:		**HORA INICIO:**	
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		**HORA FIN:**	

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN													TELEFONO	E-MAIL	FIRMA
							DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GENERO	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	REINTEGRADO(A)	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	SISBEN			
1	Yolis Florez Alvarez	1063442706	30	F	Fómeq	Urbana														3170638867	—o—	Yolis florez
2	Laura Cortés	1142264212	24	F	Fómeq	Rural																
3	Milena Gomez V	107620504	37	F	Ubaque	Cacique														3204804914		Milena Gomez.
4	Martha Patricia Cabeza	1068972425	21	F.	Chocachi	Rio Blanco.														3212633479		Patricia C.
5	Danda zubieta	1021662582	21	F	Ubaque	Rio Negro														3142585278		Danda Z.
6	Angelica Celeste	1003842662	25	F	Ubaque	Santa Ana														3172313771		Angelica C
7	Kelly Gutierrez	1076200235	20	F	Ubaque	Centro														3224618376		KELLY G.
8	Cindy Clavijo	1068972525	21	F	Chocachi	centro														3027002820		Cindy Clavijo
9	Johana Diaz	1000130100?	25	F	Chocachi	Maza														3113463671		Johana.
10	Nohora Garzón	20385097	40	F	Chocachi	Potrerogrande																Nohora
11																						
12																						
13																						

RESPONSABLE		**GERENCIA**	

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**Noviembre-2025**

INFORMACIÓN GENERAL	
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina	
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR	
Nombres y apellidos: Julian Andres Arrieta Martinez	Cargo: Auxiliar ETV
Correo electrónico institucional: andresarrietajulian@gmail.com	Teléfono: 3103330300
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)	
Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro) Grupo comunitario de puestos de recolección de triatominos	
Nombre del beneficiario: N/A	Correo electrónico
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Choachí – Cundinamarca	
Número total de beneficiarios: 21 veredas Fomeque y 6 veredas Choachí	
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)	
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca	
ACTIVIDADES REALIZADAS	
Se realiza el seguimiento a los puestos de recolección de triatominos del municipio de Fómeque, los cuales están distribuidos en 21 veredas del municipio. A cargo del auxiliar Julian Arrieta se realizó el seguimiento en las siguientes veredas: Margarita, La Unión, Coasavista, Susa, Carrizal, Salitre, La Huerta, Gramal, Coacha, Potrero grande, Rio blanco, La pastora, Rio negro, Hato viejo, Guachavita, Ucuatoque, Resguardo, Ponta, Lavadero,	

El tablón y Guane. En el municipio de Choachí se realiza el seguimiento a los puestos de recolección de triatominos, los cuales están distribuidos en 11 veredas del municipio. A cargo del auxiliar Julian Arrieta están 6 PRTC los cuales están en las siguientes veredas: Rio Blanco, Resguardo Bajo, Chivate, Coordinador Pic, El Hato Y La Llanada. Se acuerda continuar con los avisos a la comunidad al momento de la captura de un triatomino, indicando que contamos con un puesto de recolección en el Hospital San Vicente de Paul de Fómeque.

Se anexa registro fotográfico del aplicativo Survey 123 en el cual están los 21 seguimientos de Fomeque y los 6 seguimientos de Choachi realizados a cada uno de los responsables.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒SI ☐NO

Observaciones:

Se realizó visita en cada uno de los puestos de recolección de triatominos, en donde las personas encargadas reportaron que no hay ninguna novedad de presencia de triatominos en las veredas.

Se Anexa planilla de asistencia

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

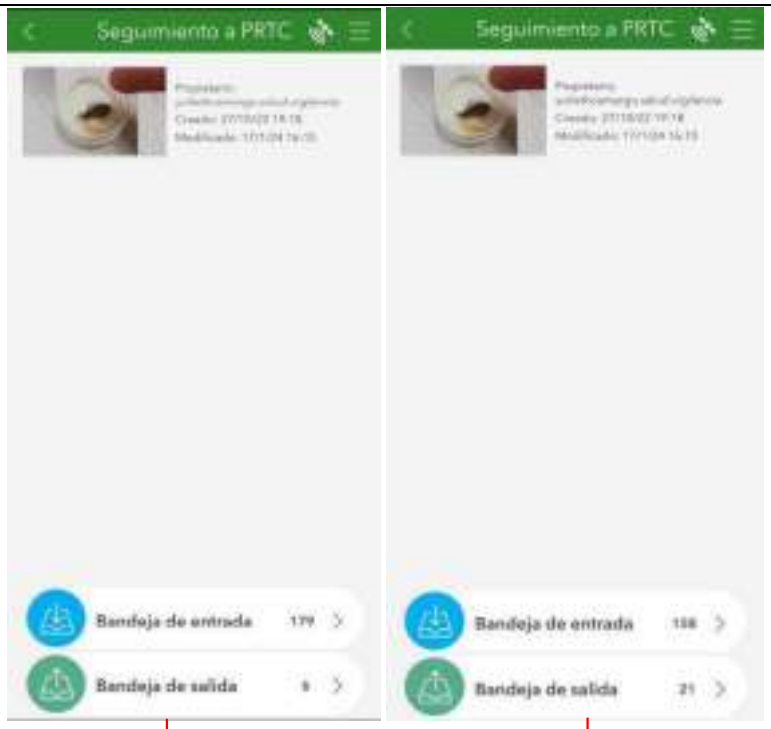
REGISTRÓ Nº 1

LUGAR:
Puestos de recolección de triatominos

EVENTO:
Seguimiento a puestos de triatominos

FOTO N° 2 de 2
Fecha de toma (noviembre-2025):

PROVINCIA:
Fomeque y Choachí - Cundinamarca



Observaciones:
Se realizó el seguimiento de los puestos de recolección de triatominos en las veredas del municipio de Fómeque y Choachi

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**10-11-2025**

INFORMACIÓN GENERAL	
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina	
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR	
Nombres y apellidos: Angie Natalia Mendez Arias	Cargo: Auxiliar ETV
Correo electrónico institucional: natismendez.2023@gmail.com	Teléfono:3137161699
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)	
Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro)	
Nombre del beneficiario: Nury Huérfano	Correo electrónico: nury2301@yahoo.com
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Ubaque	
Número total de beneficiarios: 10	
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)	
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca	
ACTIVIDADES REALIZADAS	
Informe de Actividades – Socialización de la Concurrencia de Chagas ante el Concejo Municipal de Ubaque **Lugar:** Concejo Municipal de Ubaque **Fecha:** 10-11-02025	

Actividad desarrollada por: Auxiliar ETV – Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV)

Actividad 1: Presentación institucional y contextualización del rol ETV

Durante una sesión del Concejo Municipal de Ubaque, se otorgó un espacio para la socialización del programa de Concurrencia de Chagas. En dicha intervención, me presenté como integrante del equipo ETV, explicando mi rol dentro del programa y las funciones que desarrollo en la comunidad.
Se explicó que entre las principales actividades se encuentran las visitas domiciliarias casa a casa y la búsqueda activa del vector transmisor del Chagas, con el fin de fortalecer la vigilancia entomológica y la prevención de la enfermedad en el municipio.

Asimismo, se aclaró que las acciones de campo están dirigidas especialmente a las veredas ubicadas por debajo de los 2.200 m.s.n.m, ya que son zonas de mayor riesgo para la presencia del vector. Estas incluyen:
Ganco, San Agustín, Fistega, Molino, Río Negro, Centro Afuera, Romero Bajo, Romero Alto, Cacique y Luciga.

Actividad 2: Explicación del proceso de visita domiciliaria y aplicación del instrumento de seguimiento

Posteriormente, se explicó a los concejales la metodología de la visita domiciliaria, la cual incluye la aplicación de una encuesta estructurada que permite recopilar información sobre las condiciones de la vivienda y la posible presencia del vector.
Las preguntas incluidas en el instrumento son:

1. Vereda
2. Lugar
3. Municipio
4. Nombre del habitante
5. Número de celular
6. Número de personas que habitan la vivienda
7. Si ha realizado fumigación (Sí/No)
8. Si dispone de taza sanitaria

9. Pregunta de reconocimiento del vector mediante imágenes
10. Si ha encontrado triatominos dentro o fuera de la vivienda
11. Si realiza control químico
12. Firma del entrevistado

Este ejercicio permite obtener trazabilidad de las visitas, identificar posibles focos de riesgo y fortalecer las acciones preventivas en el territorio.

Actividad 3: Solicitud de apoyo institucional y sensibilización

Durante la intervención, se solicitó el apoyo del Concejo Municipal para que contribuyan en la difusión y promoción de las actividades del programa en las diferentes comunidades.
Se enfatizó que, aunque estas acciones son gratuitas y de carácter preventivo, en ocasiones se presentan dificultades debido a la falta de interés o desconocimiento de la población, por lo que el respaldo institucional es clave para lograr mayor participación y confianza.

Actividad 4: Capacitación sobre la recolección adecuada del vector

Finalmente, se realizó una breve capacitación práctica a los concejales sobre la forma correcta de recolectar el vector (*Tripanosoma cruzi* o "pito") en caso de hallarlo en viviendas, fincas o alrededores.
Se explicó el procedimiento adecuado para su captura, conservación y entrega a las autoridades de salud, con el fin de garantizar su análisis en el laboratorio y la oportuna intervención por parte del equipo ETV.
De esta manera, los concejales adquirieron los conocimientos básicos necesarios para orientar a la comunidad sobre los pasos a seguir ante la presencia del insecto.

Actividad 5: Recomendación del Concejo Municipal

Al finalizar la sesión, los concejales manifestaron su interés en repetir la socialización en una próxima reunión y grabarla oficialmente, con el propósito de difundir el contenido a toda la comunidad por medios locales y redes sociales institucionales.
Esta propuesta busca que un mayor número de habitantes del municipio esté informado sobre la enfermedad de Chagas, su prevención y las acciones que adelanta el programa en el territorio.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒SI ☐NO

Observaciones:

- La sesión permitió fortalecer la articulación entre el Concejo Municipal y el programa de Concurrencia de Chagas, generando mayor compromiso institucional.
- Los concejales mostraron interés y disposición para apoyar la difusión de las actividades del programa en las veredas y comunidades.
- Se identificó la necesidad de continuar con espacios de capacitación y sensibilización a líderes comunitarios y autoridades locales sobre la vigilancia del vector.
- Se recomienda mantener una comunicación constante con el Concejo Municipal, a fin de coordinar estrategias conjuntas que promuevan la prevención y control de la enfermedad de Chagas en el municipio.

Se Anexa planilla de asistencia

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-Jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	10/NOV/2025
LUGAR:	Concejo Municipal de Ubaque	HORA INICIO:	4:00 pm
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	4:30 pm

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN: DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	POBLACIÓN DE LGBTIQ+	GESTANTE	MINORIA ETNICA	AFRO	PALENQUERO	ROM	REMITENTE/GRADUADO	JEFE DE HOGAR	LOTERO	MIGRANTE	CELULAR	E-MAIL	FIRMA
1	[illegible] Hermilio Alfaro	1.096.200.[illegible]	36	Feliz	Ubaque	Rural													3133119917	[illegible]	
2	Andrés Ramos	1024491058	36	M	Ubaque	Rural													3192868544		
3	Gloria [illegible]	41[illegible]1A	51	FEM	Ubaque	Rural													[illegible]	[illegible]	
4	EDUARDO PARRA PARDO MORA	80744463	42	H	UBAQUE														3112190484	JERROLO87@HOTMAIL.COM	
5	LUIS ADELMO MORA CASTRO	1076201045	33	M	UBAQUE	RURAL													3119394948	luisadelmo3786 @hotmail.com	
6	Jairo Arturo Coleita Varela	79815205	52	M	Ubaque	Rural													3105014689	Jcolevarela @gmail.com	
7	Andres Castellanos Mora	1076[illegible]01	32	M	Ubaque	Rural													3[illegible]	Andru-[illegible]	
8	Edwin Segundo Ladino	11413241	42	M	Ubaque	Rural													3115561184	segundoladino2[illegible]	
9	[illegible] Pulido P.	19[illegible]577	72	M	[illegible]	Rural													3[illegible]	[illegible]	
10	Alejandro [illegible]	1.0[illegible]4	33	M	11	11													3154[illegible]13	11	
11																					
12																					
13																					

RESPONSABLE	Natalia Mendez	GERENCIA	

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº3

LUGAR: EDIFICIO DEL CONCEJO MUNICIPAL DE UBAQUE

EVENTO: REUNION DEL CONCEJO MUNICIPAL

FOTO N° de

PROVINCIA: CUNDINAMARCA

Fecha de toma (10/11/2025):













FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

Observaciones: Los concejales manifestaron la importancia de realizar nuevamente la capacitación en ese espacio, esta vez con grabación, para que la comunidad del municipio de Ubaque pueda conocer más sobre la enfermedad de Chagas y las actividades que se vienen desarrollando en torno a su prevención y control.

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**11-11-2025**

INFORMACIÓN GENERAL	
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina	
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR	
Nombres y apellidos: Julian Andrés Arrieta Martínez	Cargo: Auxiliar ETV-Zoonosis
Correo electrónico institucional: andresarrietajulian@gmail.com	Teléfono: 3103330300
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)	
Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro) Casa a casa en la zona rural del sector 6	
Nombre del beneficiario: Comunidad del municipio de Fómeque	Correo electrónico
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Fómeque – Cundinamarca	
Número total de beneficiarios: 10 personas	
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)	
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca	
ACTIVIDADES REALIZADAS	

El día 11 de noviembre se realizó una intervención comunitaria a cargo del auxiliar Julián Arrieta, dirigida a los habitantes de los sectores 6: Laderas, Margarita y La Pastora, con el propósito de socializar la concurrencia del programa de Chagas. La actividad inició con una breve indagación sobre el conocimiento previo de la enfermedad, lo cual permitió identificar que todos los asistentes tenían alguna referencia del tema, constituyéndose esto en un punto de partida favorable para el desarrollo de la jornada.

Posteriormente, se presentó una retroalimentación general sobre la enfermedad de Chagas, explicando que se trata de una afección que compromete principalmente el corazón y que es transmitida por un parásito denominado *Trypanosoma cruzi*. Se aclaró que la enfermedad presenta dos fases: aguda y crónica, destacando la importancia de detectarla en la fase aguda para garantizar una mayor efectividad del tratamiento.

Asimismo, se mencionaron algunos de los síntomas más frecuentes, entre ellos pérdida del apetito, fiebre, dolor de cabeza y fatiga. A continuación, se entregaron folletos informativos que incluían la identificación del insecto transmisor conocido como "pito", así como recomendaciones para su reconocimiento en el entorno.

Algunas personas manifestaron que, años atrás, era común observar este insecto en el campo, pero que actualmente ya no lo han vuelto a ver. No obstante, se reiteró la importancia de que, en caso de encontrar algún ejemplar, lo capturen en un frasco plástico con perforaciones para evitar que muera y lo entreguen al hospital. Esto permite realizar el análisis de laboratorio correspondiente y determinar si el insecto está infectado con el parásito transmisor de la enfermedad.

Por último, se brindó a los asistentes información relacionada con los principales factores de riesgo asociados a la presencia de triatominos. Se explicó que la falta de limpieza en las viviendas y sus alrededores, la acumulación excesiva de leña u otros materiales, la ausencia de fumigaciones periódicas y la presencia de aguas estancadas constituyen condiciones que favorecen la proliferación tanto de los triatominos como de otras larvas e insectos.

Se enfatizó en la importancia de aplicar adecuadamente las medidas de prevención recomendadas, con el fin de reducir estos riesgos y promover el bienestar de cada integrante de la comunidad. Asimismo, se recordó que el mantenimiento del entorno y la adopción de hábitos de higiene son acciones esenciales para evitar la presencia del insecto transmisor y, por ende, la propagación de la enfermedad de Chagas.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒SI ☐NO

Observaciones:

- Se evidenció que las personas comprendieron adecuadamente la información suministrada y manifestaron su disposición para reportar de inmediato cualquier avistamiento del insecto, ya sea dentro o en las cercanías de sus viviendas. Este compromiso comunitario resulta fundamental para fortalecer la vigilancia y la respuesta temprana frente a posibles riesgos.
- El desarrollo de la actividad fue satisfactorio, dado que se emplearon materiales e implementos visuales que facilitaron una comunicación más asertiva y dinámica con la población capacitada. El uso de estos recursos permitió mejorar la comprensión del contenido y promover una participación activa durante la jornada

Se Anexa planilla de asistencia

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 1

LUGAR:
SECTOR 6, VEREDA LADERAS, MARGARITA, LA PASTORA

EVENTO:
JORNADA DE SALUD

FOTO N° 5 de 5
Fecha de toma (11/11/2025):

PROVINCIA:
FOMEQUE-CUNDINAMARCA





Observaciones:

El desarrollo de la actividad fue muy bien recibida por la comunidad, ya que tuvieron una buena recepción de la información brindada.

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA: No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis

FECHA: 11/11/25

LUGAR: Vereda lacterial Margarita. la Palmira

HORA INICIO: 11:00 am

DEPENDENCIA QUE COORDINA:

HORA FIN: 1:00 PM

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN																FIRMA
							DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	HOMOSEXUAL	GENERO	ADULTO MAYOR	MINORIA ETNICA	SALUD PUBLICO	ICBF	REINTEGRACION	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	SEXO	TELEFONO			
1	Leidy Rodriguez	1082623690	31	Femenino	Fomeque	Lacteria														3004104721	— / —		
2	Bruno Mosca	1011652945	3	Masculino	Fomeque	Lacteria														3004104721	— / —		Bruno
3	Elvia Diaz	20680893	63	Femenino	Fomeque	Lacteria														3123214711	— / —		Elvia D
4	Soraya Rodriguez	1030621218	7	Masculino	Fomeque	Lacteria														3232961661	— / —		Soraya
5	Alicia Acosta	20531429	64	F	Fomeque	Margarita														3127315791	— / —		
6	Francisco Jimenez	2016349	65	M	Fomeque	Margarita														3115771827	— / —		
7	Dirley Montes	20532542	53	F	Fomeque	Postura														3114562665	— / —		Dirley Montes
8	Marcela Espinoza	41435403	28	F	Fomeque	Postura														3143763621	— / —		
9	Fabian Varela	1041630376	33	M	Fomeque	Postura														3182621134	— / —		
10	EDUAR G	1024473523	36	M	Fom.	Postura														3213025119	— / —		EDUAR G
11																							
12																							
13																							

RESPONSABLE		GERENCIA	

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**4 de noviembre del 2025**

INFORMACIÓN GENERAL	
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina	
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR	
Nombres y apellidos: KEYDY NATALI CASTILLO HERRERA	Cargo: TRABAJADORA SOCIAL
Correo electrónico institucional: keidi267@gmail.com	Teléfono: 3123119550
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)	
Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro) Niños que participan a la escuela de formación de danzas Choachí Cundinamarca	
Nombre del beneficiario: representantes Andrés Mora	Correo electrónico
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Choachí Cundinamarca	
Número total de beneficiarios: 10 personas	
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)	
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca "Realizar acciones de promoción de la salud y prevención, control y eliminación de las ETV, de manera mensual en los municipios asignados, mediante la ejecución de 5 talleres educativos aplicados en los diferentes entornos (Educativo, hogar, comunitario, laboral, institucional, etc) definidos por el lineamiento MSPS, enviando de forma magnética las evidencias correspondientes para su posterior consolidación en el ArcGis Survey123, (cada taller en diferentes entornos)"	

ACTIVIDADES REALIZADAS

METODOLOGÍA

Se aumenta la participación de los integrantes del grupo de danzas de la escuela de formación cultural que asisten en el edificio Sena del municipio de Choachí Cundinamarca, donde se realiza en el encuentro un taller educativo sobre el tema de la enfermedad de Chagas, a través de la explicación sobre la enfermedad con una cartilla educativa con la que cuenta con la información importante sobre el tema con el fin de que los participantes puedan entender mejor el tema, por otro lado, se realiza un taller educativo donde por medio de una sopa de letras se busca que las personas puedan realizar prevención y promoción de la enfermedad de Chagas, el taller se desarrolla con base en una sopa de letras donde deben encontrar palabras sobre la enfermedad de Chagas.

Se debe hacer grupos para poder resolver la sopa de letras, con el fin de que cada uno de ellos tenga las mismas oportunidades y analice el mensaje y de la misma forma pueda tener un espacio de distracción con una actividad que poco realizan en su vida diaria y poder así pasar un día agradable y feliz, además pueden compartir ideas sobre el tema y así mismo poder desarrollar la actividad en unión enfocando el respeto y el trabajo en grupo.

A continuación, se presenta la imagen utilizada en el taller.



Para el desarrollo de la actividad también se tiene en cuenta la **cartilla #2** "la enfermedad de Chagas", ya que fue creada para que los participantes observen e identifiquen mejor la información que se está tratando en el espacio del taller, la cartilla es creada también con el fin de que la profesional pueda obtener mejor la información para darla a conocer en el espacio del taller, dicha cartilla es creada por la profesional, cada estudiante tiene la oportunidad de observarla y leerla ya que durante el taller la profesional se las pasa para que la interpreten y a finalizar el taller será devuelta al profesional en cargado del taller.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Se realiza el taller el día **4 de noviembre** del presente año, dicha actividad inicia a las 4:30 pm, el encuentro se realizó dentro de las instalaciones del **edificio Sena en el salón de danzas** en el municipio de **CHOACHI**, el taller se realizó con los participantes del grupo de danzas infantil, durante el encuentro estuvieron 10 personas, inicialmente se dio la bienvenida y la presentación, donde la trabajadora social se presentó les informo el objetivo de la actividad, donde se les comunico que se estaba realizando junto a la gobernación y el hospital de fomeque un proyecto llamado concurrencia de Chagas en el cual estaban trabajando varios profesionales con funciones diferente, se les conto la finalidad de la trabajadora social en el espacio y lo que iba hacer con ellos en la jornada de la actividad, se realizó una explicación sobre la **ENFERDAD DE CHAGAS** . A través de una cartilla dinámica donde se obtiene la información clara y precisa para que los participantes tengan en cuenta y puedan entender mejor el tema.

En seguida se realiza la actividad con la **cartilla #2** que obtiene la información sobre la enfermedad de Chagas. La cartilla tiene como finalidad explicar los temas de la concurrencia como lo es, las enfermedades de Chagas, con el fin de que los participantes puedan entender el tema y la importancia de saber sobre él.

La cartilla es una herramienta fundamental para la jornada del taller para que la trabajadora social se le facilite la explicación del tema para dar inicio al taller ya que primero es adecuado explicar el tema para que los participantes puedan entender la finalidad de la dinámica y que cada uno se lleve a sus hogares un aprendizaje más para sus vidas y que sean participantes activos que la concurrencia ya que ellos son entes que multiplican la información con sus familias, por otro lado, en los espacios que nos brindas el municipio no se tiene herramientas tecnológicas y se debe buscar estrategias más prácticas y creativas para poder realizar mejor la actividad. es por esta razón que se inicia con la explicación a través de cartillas dinámicas.

A continuación, se dará a conocer la cartilla con la cual se desarrolla la actividad.

A continuación, se presenta la cartilla dinámicas Las cartilla tienen como finalidad explicar los temas de la concurrencia como lo es; enfermedades de Chagas, con el fin de que los participantes puedan

entender el tema y la importancia de saber sobre él, además es una herramienta fundamental para la jornada del taller para que la trabajadora social se le facilite la explicación del tema para dar inicio al taller ya que primero es adecuado explicar el tema para que los participantes puedan entender la finalidad de la dinámica y que cada uno se lleve a sus hogares un aprendizaje más para sus vidas y que sean participantes activos que la concurrencia ya que ellos pueden multiplican la información con sus familias, por otro lado, en los espacios que nos brindas el municipio no se tiene herramientas tecnológicas y se debe buscar estrategias más prácticas y creativas para poder realizar mejor la actividad. es por esta razón que se inicia con la explicación a través de cartillas dinámicas. En este taller se relaciona la cartilla #2 de Chagas donde se relaciona sobre todo sobre la enfermedad.

Dicha cartilla consta de los siguientes temas:

- ¿Qué es la enfermedad de Chagas?
- Te voy a presentar algunos vectores que existen en Colombia
- ¿Como se transmite la enfermedad en el ser humano?
- Síntomas de la enfermedad
- Prevención





A través de la cartilla se explica todo lo importante de la enfermedad de Chagas, con el fin de que los participantes puedan entender mejor el tema relacionado en el momento. Durante la actividad se pudo identificar que los integrantes estuvieron interesados con el tema ya que es un tema nuevo para la mayoría, donde pudieron realizar preguntas y de inmediato fueron resueltas en el momento.

algunos de ellos se tomaron la dinámica con todo el respeto y la seriedad que merecía el taller, también se pudo ver que estaban felices y interesados de aprender, en el momento de la actividad de la sopa de letras estuvieron entusiasmados en encontrar las palabras y descubrieron que dentro de la sopa de letras había actividades que no conocían por lo tanto se les explica que significa. otros no donde por parte de la trabajadora social se realizó una pequeña explicación de las dudas que tenían alguno de ellos.

En seguida a cada niño se le entrega una sopa de letras donde ellos identificaron las palabras claves que se nombraron en la explicación y por medio de la actividad pudieron

Antes de finalizar el taller se envía un video al representante del grupo con el fin de que puedan evidenciar otra explicación por medio del video enviado donde relacionan lo siguiente “Este vídeo describe la manera en que la vinchuca o chinche besucona transmite el parásito Trypanosoma cruzi, causante de la enfermedad de Chagas, a los humanos.”

El link del video es el siguiente:

https://www.youtube.com/watch?v=lnL85Z6D3JE&ab_channel=BarcelonaInstituteforGlobalHealth%28ISGlobal%29

https://www.youtube.com/watch?v=lnL85Z6D3JE&ab_channel=BarcelonaInstituteforGlobalHealth%28ISGlobal%29



CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☐SI ☐NO

Observaciones:

Se Anexa planilla de asistencia

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código	M-PDDS-FR-052
Versión	2
Fecha de actualización	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	04 - NOVIEMBRE - 2025
LUGA	Chocontá escuela de formación coro Taller # 1 INFANTIL	HORA INICIO:	3:00 PM
DEPENDENCIA QUE COORDINA:	CONCURRENCIA Chagas.	HORA FIN:	4:00 PM

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN: DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	AFROCOLOMBIANO	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	DESPLAZADO(A)	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ	MIGRANTE	FIRMA	TELÉFONO	E-MAIL	OBSERVACIONES
1	Nazareth Sua		10	F	Chocontá	URB	X											✓	3017010880		
2	Gabriela León		8	F	Chocontá	URB												✓	3007020976		
3	Sara Martinez		3	F	Chocontá	URB												✓	3008070980		
4	Emilia Calderón		1	F	Chocontá	URB												✓	3008010986		
5	Fatima Calderon		4	F	Chocontá	URB												✓	3007080986		
6	Karla Salcedo		6	F	Chocontá	URB												✓	3008020980		
7	Mariavictoria		7	F	Chocontá	URB												✓	3008010980		
8	Victoria Sua		9	F	Chocontá	URB												✓	3007010386		
9	Isabela Vega		5	F	Chocontá	URB												✓	3008010980		
10	Liam David Gutierrez		7	M	Chocontá	URB	X											✓	3007000986		
11	Osmariel Diaz		8	F	Chocontá	URB												✓	3007010986		
12																					
13																					

RESPONSABLE	TS Naraly Castillo	GERENCIA	

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 3

LUGAR: Choachí alcaldía

EVENTO: taller 1 coro

FOTO N° 4 de 4

PROVINCIA: oriente

Fecha de toma (4/11/2025):



FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS





FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS



Observaciones:

_____
_____
_____.

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**27-10-2025**

INFORMACIÓN GENERAL	
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina	
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR	
Nombres y apellidos: Angie Natalia Mendez Arias	Cargo: Auxiliar ETV
Correo electrónico institucional: natismendez.2023@gmail.com	Teléfono: 3137161699
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)	
Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro)	
Nombre del beneficiario: Sandra Baquero	Correo electrónico: N/A
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Ubaque	
Número total de beneficiarios: 10	
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)	
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca	
ACTIVIDADES REALIZADAS	
Actividad 1: Apertura y contextualización del tema El taller inició con la intervención a las personas de las visitas domiciliarias, aprovechando el espacio que se tenía con la comunidad para capacitarlos y educarlos de la forma correcta de cómo se debe recolectar el tripanosoma cruzi más conocido como pito o vinchuca. Durante la introducción se resaltó la importancia de conocer esta enfermedad,	

su modo de transmisión y las acciones que pueden contribuir a su prevención en la comunidad. Esta apertura permitió generar interés y participación por parte de las familias.

Actividad 2: Distribución de material educativo y reconocimiento del vector.

En la segunda parte de la actividad, se hizo entrega de volantes informativos con datos esenciales sobre la enfermedad de Chagas. El material incluía imágenes del *Tripanosoma cruzi*, agente causante de la enfermedad, junto con ilustraciones del vector transmisor para facilitar su identificación.
Se realizó una explicación sencilla sobre la morfología y características del insecto, permitiendo que la comunidad pudieran reconocerlo en caso de observarlo en su entorno, reforzando el conocimiento sobre el vector y su importancia en la salud pública.

Actividad 3: Capacitación sobre la recolección segura del vector

Posteriormente, se desarrolló una orientación práctica sobre cómo capturar, conservar y remitir el vector (chinche o pito) de manera adecuada y segura. Se explicó la ruta de entrega del insecto, indicando que el punto de referencia para la recolección es la oficina del PIC municipal, o en algunas veredas con los presidentes de las juntas de acción comunal desde donde se coordina la recepción de los ejemplares.

Durante la explicación se insistió en la correcta manipulación del insecto y se brindaron las siguientes recomendaciones:

1. Verificar que el insecto corresponda al vector antes de manipularlo.
2. Utilizar un recipiente adecuado (frasco, botella, etc.) para introducirlo sin causarle daño.
3. Asegurar que el frasco tenga pequeños orificios para permitir la ventilación y mantenerlo con vida.
4. Manipular siempre el recipiente usando guantes o algún elemento de protección para evitar picaduras.
5. Introducir dentro del recipiente una hoja o palito para que el insecto pueda movilizarse.
6. Rotular el frasco con la siguiente información: nombre de la persona recolectora, vereda y número de contacto.

7. Entregar el insecto al puesto de triatominos comunitario más cercano, donde el auxiliar del programa ETV gestionará su envío al laboratorio de salud pública.

Esta capacitación permitió que las familias comprendieran de forma práctica la importancia de mantener al insecto vivo y en condiciones seguras para facilitar su identificación y estudio.

Actividad 4: Espacio de diálogo y resolución de inquietudes

Al finalizar la intervención con cada familia, se abrió un espacio para que ellos expresaran sus preguntas e inquietudes acerca de la enfermedad de Chagas y la manipulación del vector. Las intervenciones permitieron aclarar conceptos relacionados con los síntomas, la transmisión y la vigilancia comunitaria, promoviendo el compromiso ciudadano frente a la detección temprana y el reporte oportuno de casos sospechosos.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒SI ☐NO

Observaciones:

- La actividad contó con una buena participación y disposición por parte de la comunidad, lo que permitió fortalecer el conocimiento sobre la enfermedad y su prevención.
- La entrega de material impreso y visual fue una herramienta clave para el aprendizaje, al facilitar la identificación del vector y la comprensión del ciclo de transmisión.
- Se evidenció un alto interés en colaborar con la vigilancia comunitaria, mostrando disposición para reportar posibles hallazgos del vector.
- Se recomienda mantener la articulación entre el equipo de salud, el programa PIC y los líderes comunitarios, con el fin de continuar desarrollando actividades educativas que fortalezcan la prevención del Chagas en el municipio.

Se Anexa planilla de asistencia

Gobernación de UNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	7
Fecha de aprobación:	30-Jun-22

TEMA: No. 276 : Prevención, promoción y cambio conductual de las enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis en el marco de la estrategia de entornos saludables

LUGAR: (Vereda Romero) Ubaque . Vereda (Centro Afuera)

DEPENDENCIA QUE COORDINA:

FECHA: 27/oct/2025

HORA INICIO: 8:00am .

HORA FIN: 5:00pm .

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Nº IDENTIFICACIÓN | EDAD | GÉNERO | MUNICIPIO | LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano | ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN | | |

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº3

LUGAR: VEREDA ROMERO BAJO Y CENTRO AFUERA

EVENTO: TALLER EN VISITAS DOMICILIARIAS EN EL MUNICIPIO DE UBAQUE

FOTO N° de

PROVINCIA: CUNDINAMARCA

Fecha de toma (Del día 27 de octubre al 04 de noviembre /2025):



















FECHA DE LA ASISTENCIA:	**12-11-2025**

INFORMACIÓN GENERAL	
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina	
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR	
Nombres y apellidos: Julian Andrés Arrieta Martínez	Cargo: Auxiliar ETV-Zoonosis
Correo electrónico institucional: andresarrietajulian@gmail.com	Teléfono: 3103330300
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO **(Solicitante o uno de los beneficiarios)**	
Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro) Colegio El Idemag.	
Nombre del beneficiario: ColegioEl Idemag.	Correo electrónico
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Fómeque – Cundinamarca	
Número total de beneficiarios: 26 personas	
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)	
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca	
ACTIVIDADES REALIZADAS	
El día 12 de Noviembre se realizó por parte del auxiliar Julian Arrieta la intervención al Colegio IDEMAG de Fómeque para realizar un taller sobre la Enfermedad de Chagas. Fuimos recibidas por la profesora Ruth, quien es la coordinadora académica de la	

institución y muy amablemente nos orientó, indicándonos que nos dirigiéramos al curso 7-2, el cual en ese momento tenía menor carga de responsabilidades académicas, lo cual facilitó el desarrollo de la actividad.

Al ingresar al aula, nos presentamos y dimos inicio a la charla. En ella explicamos los siguientes puntos:

- **¿Qué es la Enfermedad de Chagas?**
  Es una infección causada por el parásito Trypanosoma cruzi. Esta enfermedad afecta principalmente a América Latina, aunque la movilidad de personas ha permitido que se detecte en otras regiones. El parásito puede persistir en el organismo durante muchos años sin síntomas evidentes, y eventualmente puede causar complicaciones importantes.

- **Características del insecto vector.**
  El insecto suele ser de la familia Triatominae (conocido comúnmente como "chinche besucona", "pito", "chinche picuda", etc.). Estos insectos se alimentan de sangre por la noche y viven a menudo en grietas de muros, techos de material precario, viviendas rurales o con condiciones que los favorecen.
  La transmisión no ocurre directamente por la picadura del insecto, sino que después de alimentarse defeca cerca del sitio de la picadura, y los parásitos ingresan al cuerpo al frotar o rascar la zona, o si las heces entran por mucosas u otras lesiones en la piel.

- **Formas de contagio.**
  - A través de la picadura del insecto vector y contacto con sus heces infectadas.
  - Transmisión congénita: de madre a hijo durante el embarazo o el parto.
  - Transfusión de sangre u órganos: si el donante está infectado.
  - Por ingestión de alimentos o bebidas contaminados con heces de vectores infectados (menos frecuente, pero documentado).

- **Síntomas y fases.**
  - **Fase aguda:** Dura aproximadamente dos meses tras la infección. En muchos casos no presenta síntomas o son leves e inespecíficos (fiebre, malestar general, ganglios linfáticos agrandados, hinchazón, etc.). En algunos casos se

puede observar un signo característico: hinchazón del párpado de un ojo (signo de Romaña) o nódulo en el sitio de la picadura ("chagoma)

- **Fase crónica:** Puede aparecer años después de la infección inicial. Aproximadamente un 20-30 % de los infectados desarrollan complicaciones cardíacas (miocardiopatía, arritmias, insuficiencia cardíaca, muerte súbita). Menos del 10 % experimentan también alteraciones digestivas (agrandamiento del esófago o colon, dificultad para tragar o para evacuar).

- **Prevención y cuidados.**
  - Mantener la vivienda en buenas condiciones: sellar grietas en muros y techos, eliminar refugios para el insecto, evitar techos de palma o materiales que favorecen su estancia.
  - Usar mosquiteros o protección nocturna si se duerme en zonas rurales de riesgo.
  - Evitar consumo de alimentos crudos o poco higiénicos proveniente de áreas con vector-riesgo, y asegurar buenas prácticas de limpieza.
  - En caso de encontrar un insecto sospechoso (chinche/triatomina), no manipularlo sin protección: tomar una foto y contactar al **centro de salud local** o al programa de vigilancia de vectores para que se identifique y se tomen medidas de control.
  - Realizar exámenes médicos si hubo posible exposición o se detectaron síntomas, sobre todo en personas que vivieron en zonas de riesgo. La detección temprana permite un mejor tratamiento.

Para finalizar, se dio por concluida la charla con los estudiantes, quienes tuvieron la oportunidad de plantear sus dudas acerca de la Enfermedad de Chagas y recibieron respuestas claras. Su participación fue óptima, ya que mostraron interés activo y adquirieron buenos conocimientos sobre la enfermedad.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☐SI ☐NO

Observación:

El taller fue exitoso, ya que los estudiantes del Colegio IDEMAG adquirieron información fundamental sobre la enfermedad de Chagas. Asimismo, lograron comprender de manera amplia las medidas de prevención y cuidado necesarias, lo que les permitirá aplicar estos conocimientos para proteger su salud y garantizar su bienestar.

Se Anexa planilla de asistencia

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 1

LUGAR:
COLEGIO EL IDEMAG

EVENTO:
TALLER

FOTO N° 3 de 3
Fecha de toma (12/11/2025):

PROVINCIA:
FOMEQUE-CUNDINAMARCA







Observaciones:
El desarrollo de la actividad fue muy bien recibida por los presentes, ya que tuvieron una buena recepción de la información brindada.

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	12/11/25
LUGAR:	Colegio El Idemag	HORA INICIO:	8:00 am
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	01:00 pm

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS | N° IDENTIFICACIÓN | EDAD | GÉNERO | MUNICIPIO | LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano | ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN | | |

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDOS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	12/11/25
LUGAR:	Colegio el Idemag	HORA INICIO:	8:00 am
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	9:00 am

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN	TELEFONO	E-MAIL	FIRMA
1	Yeiner Avila		13	M	Fome	portal zanguano		3196174491		
2	Ximena Andrea Rodriguez Salcedo	1076201337	13	F	Fomeque	Carrizal		3213790259		Ximena
3	Wendy Arizo		14	F	Fomeque	Carrizal		3144340-6801		Wendy
4	Elmar Parra	5853801	16	F	Fomeque	Resguardo		3233442 0658		Elmar P.
5	Edgar Vaca	1071630808	13	M	Fomeque	Chinia		321 366 9000		
6	Mabel Guevara	1071630817	12	F	Fomeque	Chinia		3103404358		Mabel Guevara
7	Guadalupe Parra	1220213249	12	F	Fomeque	Buena vista		318858 7743		
8	Ana Victoria	1028135446	11	F	Fomeque	Bosa		3156237 815		Victoria
9	Edith Juliana C.	1074159646	13	F	Fomeque	Resguardo		3229411 6060		
10	Yeferson Santiago	1122525446	13	M	Fomeque	Urbana		321 335 2892		
11	Nicolás Cortés	1149539329	12	M	Fomeque	Urbano		317 2294989		
12	Erik Santiago	1071630644	13	M	Fomeque	urbano				
13	Juan Miguel C	1034666806	14	M	Fomeque	Resguardo		3115059779		

RESPONSABLE		GERENCIA	

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, el deseo ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co.

Scanned with CamScanner

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**4 DE NOVIEMBRE DEL 2025**

INFORMACIÓN GENERAL	
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina	
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR	
Nombres y apellidos: KEYDY NATALI CASTILLO HERRERA	Cargo: TRABAJADORA SOCIAL
Correo electrónico institucional: keidi267@gmail.com	Teléfono:3123119550
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)	
Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro) Estudiantes de grado sexto del colegio ITO sede principal	
Nombre del beneficiario: estudiantes del grado sexto PROFESOR ANDRES	Correo electrónico
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: CHOACHI Cundinamarca	
Número total de beneficiarios: 11 personas	

TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA
Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA
Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca "Realizar acciones de promoción de la salud y prevención, control y eliminación de las ETV, de manera mensual en los municipios asignados, mediante la ejecución de 5 talleres educativos aplicados en los diferentes entornos (Educativo, hogar, comunitario, laboral, institucional, etc) definidos por el lineamiento MSPS, enviando de forma magnética las evidencias correspondientes para su posterior consolidación en el ArcGis Survey123, (cada taller en diferentes entornos)"

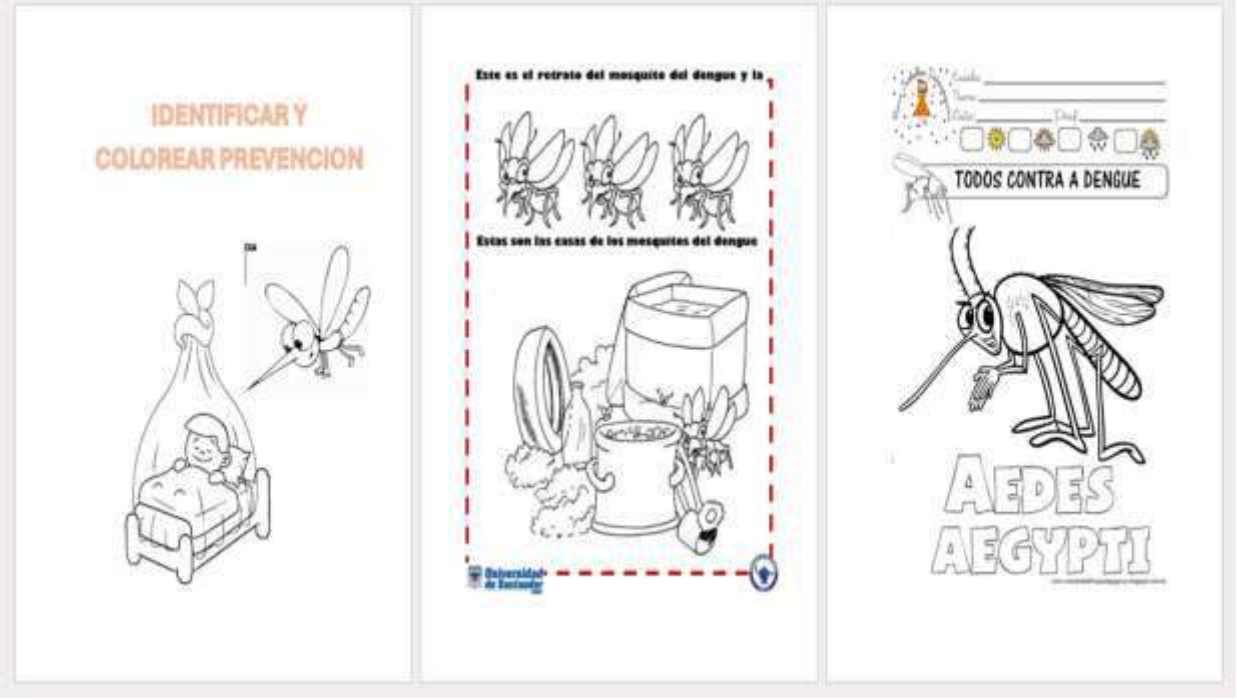
ACTIVIDADES REALIZADAS

METODOLOGÍA

Se realiza con los participantes de la escuela cultural de coro del municipio de **Choachí Cundinamarca**, el taller educativo se realiza a través de una cartilla donde se encuentra la explicación del tema de ETV y zoonosis sobre enfermedades transmitidas por vectores y la jornada de acompaño con un taller educativo con el fin de que los niños que participa en coro puedan identificar el tema fácilmente y puedan entender de la mejor forma.

El taller se realiza con el fin de la prevención y promoción de ETV y zoonosis, el taller se desarrolla con base con una la dinámica por medio de dibujos sobre el tema deberán identificar y colorear según las instrucciones dadas en el momento. Cada persona deberá colorea, identificar y explicar la imagen con el fin de que cada uno de ellos tenga las mismas oportunidades y analice el mensaje y de la misma forma pueda tener un espacio de distracción con una actividad que poco realizan en su vida diaria y poder así pasar un día agradable y feliz.

A continuación, se presenta la imagen utilizada en el taller.



DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Se realiza el taller el día 4 de noviembre del presente año, a las 3:00 pm dicho encuentro se realiza dentro de las instalaciones del edificio del Sena en el curso cultural de coro con el profesor Andrés, con el grupo infantil de coro, en el municipio de CHOACHI, el taller se realizó con 11 personas, inicialmente se dio la bienvenida y la presentación, donde la trabajadora social se presentó les informo el objetivo de la actividad, donde se les comunico que se estaba realizando junto a la gobernación y el hospital de fomeque un proyecto llamado concurrencia de Chagas en el cual estaban trabajando varios profesionales con funciones diferente, se les conto la finalidad de la trabajadora social en el espacio y lo que iba hacer con ellos en la jornada de la actividad, se realizó una explicación sobre ETV Y ZOONOSIS y adicionalmente se realizó una corta ilustración sobre la enfermedad de Chagas. A través de una cartilla dinámica donde se obtiene la información clara y precisa para que los participantes tengan en cuenta y puedan entender mejor el tema.

El taller se desarrolla con una explicación sobre el tema a través de una cartilla que obtiene toda la información necesaria sobre el tema y en seguida se entrega unas imágenes que relacionada el tema como lo son prevención de picaduras de sancudos donde en la imagen sale una persona durmiendo con un toldillo y el vector intentando picar a la persona, la otra imagen relaciona un espacio lleno de basura donde indica que es la asa del vector donde se debe colorear e identificar que no se debe hacer y la última imagen relaciona la prevención del dengue donde se debe colorear el vector.

A continuación, se presenta las cartillas dinámicas, Las cartillas tienen como finalidad explicar los temas de la concurrencia como lo es; zoonosis ETV y enfermedades de Chagas, con el fin de que los participantes puedan entender el tema y la importancia de saber sobre él, además es una herramienta fundamental para la jornada del taller para que la trabajadora social se le facilite la explicación del tema para dar inicio al taller ya que primero es adecuado explicar el tema para que los participantes puedan entender la finalidad de la dinámica y que cada uno se lleve a sus hogares un aprendizaje más para sus vidas y que sean participantes activos que la concurrencia ya que ellos pueden multiplican la información con sus familias, por otro lado, en los espacios que nos brindas el municipio no se tiene herramientas tecnológicas y se debe buscar estrategias más prácticas y creativas para poder realizar mejor la actividad. es por esta razón que se inicia con la explicación a través de cartillas dinámicas.

En este taller se relaciona la cartilla #1 de ETV donde se relacionan los temas sobre las enfermedades transmitidas por algunos insectos.



En esta cartilla se explica los siguientes temas:

- Definición
- Significado que son los vectores
- Clases de enfermedades
- Paludismo
- Dengue
- Chagas
- Colera

A través de dicha cartilla se explica todo lo importante del tema de ETV donde se enfoca en las clases de enfermedades que se evidencian a través de los insectos que se encuentran en el territorio y las variables de las enfermedades transmitidas, se relaciona la importancia de conocer cada enfermedad, los síntomas que pueden presentar, los tratamientos y donde se pueden encontrar para que cada persona pueda reconocerlo en sus viviendas y detener las enfermedades y así mismo cuidar sus familiares.

En seguida se entregó a cada persona el taller donde encuentran imágenes relacionadas al tema, donde ellos deberán identificar la enfermedad explicada y así mismo poder iniciar coloreando las imágenes que les salió, pero antes de iniciar se les indica que primero se les pregunta que identifican en las imágenes y al finalizar se realizara un espacio de pregunta, respuesta y civilización del tema.

Durante la actividad se pudo identificar que los niños estuvieron concentrados con cumplir su labor, además algunos de ellos se tomaron la dinámica con todo el respeto y la seriedad que merecía el taller, también se pudo ver que estaban felices y de una forma en competencia de quien lo realizaba mejor que el otro, finalmente se algunos dieron su respectiva sobre el tema algunos identificaron el tema otros no donde por parte de la trabajadora social se realizó una pequeña explicación de las dudas que tenían alguno de ellos.

Al representante del salón se envía un video para que lo compartan con sus compañeros del salón, con el fin de que puedan entender mejor el tema que se dio a conocer durante el taller. El video se trata de VIDEO 1 “VIDEO DONDE LE PREGUNTAS A LA COMUNIDAD SI SABEN SOBRE EL TEMA, DESPUES EXPLICAN CUALES SON LOS SINTOMAS y REALIZAN LA PREVENCION DE LA ENFERMEDAD”

El video que se envió al grupo es el del siguiente link

https://www.youtube.com/shorts/Y7Vn4Hn2EH4?feature=share



La actividad finaliza a las 4:00 pm

CONCLUSIONES

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	06- NOVIEMBRE - 2025
LUGA	CHOACHI ESCUELA DE FORMACIÓN ARTESTALLER # 2	HORA INICIO:	9:00 pm
DEPENDENCIA QUE COORDINA:	CONSEJERIA ADULTOS	HORA FIN:	5:00 pm

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN														FIRMA
							DISCAPACIDAD	VICTIMAS DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GENERO	ADULTO MAYOR	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	REINTEGRADO(A)	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ	MIGRANTE	SISBEN	TELEFONO	E-MAIL	
1	Ingrit Valentina Velez	1026670138	13	F	Choachi	R												X			
2	Yaliet Paola Pardo	1068976284	11	F	Choachi	R												X			
3	Luisa Beta B	1069760041	12	F	Choachi	R												X			
4	Yocelyn Cepeda	1023349783	12	F	Choachi	R												X			
5	Daniela Garzon	1085150962	11	F	Choachi	R												X			
6	Aalies Lora.	1009455855	27	M	Choachi	R												X			
7	Valerenstahrr	—	12	F	Choachi	R												X			
8	Michel Perilla	1034166132	14	F	Choachi	R												X			
9	Karen barbosa	1076207744	12	F	Choachi	R												N			
10	Paula Lopez	1015241911	14	F	Choachi	R															
11																					
12																					
13																					

RESPONSABLE	TS NATALY CASTAÑO HERRERA.	GERENCIA	

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 3

LUGAR: Choachí alcaldía

EVENTO: taller 2 danzas

FOTO N° 4 de 4

PROVINCIA: oriente

Fecha de toma (4/11/2025):



FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS







Observaciones:

_____
_____
_____.

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**10 DE NOVIEMBRE DEL 2025**

INFORMACIÓN GENERAL	
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina	
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR	
Nombres y apellidos: KEYDY NATALI CASTILLO HERRERA	Cargo: TRABAJADORA SOCIAL
Correo electrónico institucional: keidi267@gmail.com	Teléfono: 3123119550
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)	
Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro) ESTUDIANTES PARTICIPANTES DE LA MESA DE PARTICIPACION DE NNA	
Nombre del beneficiario:	Correo electrónico
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: UBAQUE Cundinamarca	
Número total de beneficiarios: 13 PERSONAS	
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)	
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca "Realizar acciones de promoción de la salud y prevención, control y eliminación de las ETV, de manera mensual en los municipios asignados, mediante la ejecución de 5 talleres educativos aplicados en los diferentes entornos (Educativo, hogar, comunitario, laboral, institucional, etc) definidos por el lineamiento MSPS, enviando de forma magnética las evidencias correspondientes para su posterior consolidación en el ArcGis Survey123, (cada taller en diferentes entornos)"	

ACTIVIDADES REALIZADAS

Metodología

Se realiza el taller con los estudiantes que participan en la mesa de participación de NNA municipal de ubaque Cundinamarca, la actividad se realiza a través de una cartilla educativa donde se evidencia toda la información importante sobre el tema con el fin de que los participantes identifiquen y entiendan mejor el tema al tratar en el momento, además el taller se acompaña con una actividad educativa como lo es la sopa de letras donde evidencia palabras importantes sobre el tema como lo es la rabia en los animales tanto domésticos como algunos que se pueden evidenciar en el territorio con el fin de realizar prevención y promoción de ETV y zoonosis, el taller se desarrolla con base a una imagen donde encontraran una sopa de letras donde deberán encontrar 10 palabras importantes sobre el tema que a través de dichas palabras los participantes pueden reconocer más el tema.

A continuación, se presenta la sopa de letras que se desarrolló en el taller.

La actividad de finaliza con un pequeño video que se le comparte a la líder del grupo.



DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Se realiza el taller el día 10 de noviembre del presente año, dicho encuentro se realizó dentro de las instalaciones del colegio ITO en la biblioteca del colegio con los participantes de mesa de participación de NNA, el taller se realiza con los estudiantes representantes de cada salón, que en el momento de finalizar la actividad se convierten en monitores o representantes para llevar la información a cada uno de los salones, durante el encuentro estuvieron 13 personas.

inicialmente se dio la bienvenida y la presentación, donde la trabajadora social se presentó les informo el objetivo de la actividad, donde se les comunico que se estaba realizando junto a la gobernación y el hospital de fomeque un proyecto llamado concurrencia de Chagas en el cual estaban trabajando varios profesionales con funciones diferente, se les conto la finalidad de la trabajadora social en el espacio y lo que iba hacer con ellos en la jornada de la actividad, se realizó una explicación sobre ZOONOSIS y sobre la enfermedad de Chagas. A través de una cartilla dinámica donde se obtiene la información clara y precisa para que los integrantes tengan en cuenta y puedan entender mejor el tema.

A continuación, se presenta la cartilla dinámica, La cartilla tienen como finalidad explicar los temas de la concurrencia como lo es; zoonosis y ETV , con el fin de que los participantes puedan entender el tema y la importancia de saber sobre él, además es una herramienta fundamental para la jornada del taller para que la trabajadora social se le facilite la explicación del tema para dar inicio al taller ya que primero es adecuado explicar el tema para que los participantes puedan entender la finalidad de la dinámica y que cada uno se lleve a sus hogares un aprendizaje más para sus vidas y que sean participantes activos que la concurrencia ya que ellos pueden multiplican la información con sus familias.

por otro lado, en los espacios que nos brindas el municipio no se tiene herramientas tecnológicas y se debe buscar estrategias más prácticas y creativas para poder realizar mejor la actividad. es por esta razón que se inicia con la explicación a través de cartillas dinámicas. En este taller se relaciona la cartilla #3 de zoonosis donde se relaciona sobre la rabia animal, y sobre las enfermedades de traen algunos insectos.

Dicha cartilla consta de los siguientes temas:

- ✓ ¿Qué es la zoonosis?
- ✓ Finalidad

- ✓ Tratamiento
- ✓ Síntomas
- ✓ Enfermedades
- ✓ Definición de ETV



A través de dicha cartilla se explica todo lo importante del tema de zoonosis donde se enfoca la importancia de cuidar los animales domésticos inicialmente con las vacunas enfocando la más importante para el programa que es la vacuna contra la rabia para así evitar grandes problemas tanto con el animal y la comunidad, además se les explico la importancia del cuidado de sus mascotas dándole a entender que a ellos se les debe dar mucho amor y cuidado ya que es un miembro más de nuestros hogares. También se da a conocer algunas enfermedades que pueden encontrar en el territorio por los insectos como sancudos y demás.

Durante la actividad se pudo identificar que los integrantes estuvieron concentrados con cumplir su labor, además algunos de ellos se tomaron la dinámica con todo el respeto y la seriedad que merecía el taller, también se pudo ver que estaban felices y de una forma en competencia de quien lo realizaba mejor que el otro, finalmente se algunos dieron su respectiva sobre el tema algunos identificaron el tema otros no donde por

parte de la trabajadora social se realizó una pequeña explicación de las dudas que tenían alguno de ellos.

En seguida se entregó se entrega la sopa de letras el cual deberán desarrollar dentro del taller donde encuentran palabras claves del tema, el cual deben buscar las palabras que aparecen en la parte de abajo que se relacionan con el tema anteriormente presentado por la profesional, de esta forma se da finalidad al taller educativo, pero antes de iniciar se les indica que primero se les pregunta que identifican en el taller y al finalizar se realizara un espacio de pregunta, respuesta y civilización del tema.

Antes de finalizar el taller se envía un video al representante del grupo con el fin de que puedan evidenciar otra explicación por medio del video enviado donde relacionan lo siguiente "El Dr. Romero nos explica por qué es tan importante vacunar a nuestras mascotas."

El link del video es el siguiente:

https://www.youtube.com/watch?v=PWMPjRDQcbk&ab_channel=MinisteriodeSalud



CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☐SI ☐NO

Observaciones:

Se Anexa planilla de asistencia

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDOS-FR-052
Versión:	2
Fecha de [illegible]	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	10- NOVIEMBRE - 2025
LUGA	UBAQUE mesa de NNA Taller # 3	HORA INICIO:	8:00 am
DEPENDENCIA QUE COORDINA:	concurrencia chagas	HORA FIN:	9:00 am.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN													FIRMA
							DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	AFROCOLOMBIANO	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	REINTEGRADOS	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	SOLICITA	TELÉFONO	
1	Linda Daniela Tobes	1076201558	13	F	Ubaque	R											X	3138790335	—	Daniela Tobes
2	Angie Milena Cruz	1076201119	14	F	Ubaque	U											X	3108946851	—	Angie Cruz.
3	Juan Herrera	1076[illegible]	17	M	Ubaque	U											X	[illegible]	—	Juan .H
4	ESTIVEN CAICEDO	1076201762	13	M	Ubaque	R											X	3133391[illegible]	—	ESTIVEN
5	Anderson Ucacheggua		14	M	Ubaque	R											X	3227397[illegible]	—	Anderson Ucacha
6	Juan Diaz	1025589956	16	M	Ubaque	U											X	3102377003	—	Juan Diaz
7	Karen Barbosa	1076201774	17	F	Ubaque	U											X	3115287749	—	Karen B.
8	Michel Penilla	1034666[illegible]	14	F	Ubaque	U											X	3159825825	—	Michel P.
9	Ritzabeth Salcedo	7287831	17	F	Ubaque	R											X	3195041[illegible]	—	Ritzabeth Salcedo
10	Juan Diego Hernández	1077[illegible]	11	M	Ubaque	R											X	3219835543	—	Juan
11	Santiago Villalobos	1013630741	15	M	Ubaque	R											X	3044083740	—	Santiago
12	Laura Brizeth Duran Mora	1076 201 979	17	F	Ubaque	U											X	3054794[illegible]	—	Laura
13	Shaira Alejandra [illegible]	1076201217	13	F	Ubaque	U											X	3115883[illegible]	—	Shaira

RESPONSABLE	TS Natali Castillo.	GERENCIA	

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 3

LUGAR: ubaque colegio

EVENTO: taller 3

FOTO N° 4 de 4

PROVINCIA: oriente

Fecha de toma (10/11/2025):




10/11/2025 8:56:55 a. m.
4-60 Carrera 5
Ubaque
Cundinamarca
Altitud:1856.0msnm
Velocidad:0.0km/h
#TS Natali Castillo


10/11/2025 9:01:52 a. m.
4-60 Carrera 5
Ubaque
Cundinamarca
Altitud:1847.0msnm
Velocidad:0.0km/h
#TS Natali Castillo



Observaciones:

_____
_____
_____.

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**30-10-2025**

INFORMACIÓN GENERAL

Medio de Asistencia Técnica:

☒Campo ☐Virtual ☐Oficina

DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD

DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR

Nombres y apellidos: Angie Natalia Mendez Arias	Cargo: Auxiliar ETV
Correo electrónico institucional: natismendez.2023@gmail.com	Teléfono: 3137161699

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO
(Solicitante o uno de los beneficiarios)

Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro)

Nombre del beneficiario: Lizeth Ríos	Correo electrónico: N/A

Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Choachí

Número total de beneficiarios: 10

TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)

OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca

ACTIVIDADES REALIZADAS

Actividad 1: Decoración y adecuación del punto informativo

Se instaló y decoró una carpa llamativa con material informativo sobre la enfermedad de Chagas, con el objetivo de atraer la atención de la población urbana. En el punto se exhibieron afiches, carteles y material educativo que permitieron a la comunidad

identificar los factores de riesgo, las formas de transmisión y las medidas de prevención de la enfermedad.

Actividad 2: Desfile de sensibilización

Como estrategia de convocatoria, se realizó un desfile por la vía principal del municipio de Choachí en el marco de la jornada de cáncer, con el fin de llamar la atención de un mayor número de personas y motivarlas a acercarse al punto informativo ubicado en el parque principal. Durante el recorrido, se promovieron mensajes alusivos al autocuidado y a la prevención de la enfermedad de Chagas.

Actividad 3: Charla educativa y orientación comunitaria

A las personas que se acercaron a la carpa se les ofreció una charla educativa sobre la importancia de conocer y prevenir la enfermedad de Chagas. Se utilizaron infografías y fotografías para facilitar la comprensión sobre el vector transmisor, los signos y síntomas, y las medidas de control en el hogar.
Asimismo, se recomendó la toma de muestras para el diagnóstico de la enfermedad en los siguientes grupos poblacionales:

- Niños y jóvenes de 0 a 15 años.
- Mujeres en edad fértil entre 15 y 45 años.
- Mujeres gestantes, como medida prioritaria para prevenir la transmisión congénita.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒SI ☐NO

- La jornada tuvo una buena acogida por parte de la comunidad, especialmente de las familias residentes en el casco urbano.
- Se evidenció interés y participación activa en las charlas educativas.
- Se recomienda fortalecer las actividades de toma de muestras y seguimiento en zonas rurales, para ampliar el impacto del programa de control de Chagas.
- Es importante continuar con las estrategias de educación y sensibilización comunitaria, utilizando materiales visuales y dinámicas participativas que faciliten el aprendizaje.

Se Anexa planilla de asistencia

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-Jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	**FECHA**	(10:00 am) 30/oct/2025
LUGAR:	Jornada de Cancer CHOACHI	**HORA INICIO:**	10:00 am
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		**HORA FIN:**	12:00 pm

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN: DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GENERO	INDIGENA	AFRODESCENDIENTE	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	ADULTO MAYOR	LGTBIQ+	MIGRANTE	TELEFONO	E-MAIL	FIRMA
1	Aldemyer [illegible]	1016057 107	32	Masculino	Choachi	Centro												317853 1877	[illegible]	[signature]
2	Xiomara Agudelo	1071631 003	30	Femenino	Choachi	Urbano												314911 8843	a.xiomara.av@gmail.com	[signature]
3	Daniel Ponce	1076201 364	30	F	Choachi	RURAL												314 160 89 46		Daniel Ponce
4	Carolina Rodriguez	1049577344	28	F	CHOACHI	URBANO												3122120912	[illegible]	[signature]
5	Cecilia Buitrago	41712701	68	F	Choachi	Urbano												3193893015		[signature]
6	Magdalena García	51666970	64	F	Choachi	Urbano												3153973008		[signature]
7	Jessica Carpio	1094764930	25	F	Choachi	Urbano												3152218294	jessicapio2@gmail.com	Jessica Carpio
8	Nerida Rodriguez	1076247477	34	F	Choachi	Rural												3209665	[illegible]	[signature]
9	Lizeth Lopez	1063774814	34	F	Choachi	Rural												3216492674	lizeth2410@gmail.com	Lizeth B
10	LIZETH ROS	1063763[illegible]	29	F	CHOACHI	URBANO												3061339[illegible]	—	LIZETH R
11																				
12																				
13																				

RESPONSABLE	Natalia Hernández	**GERENCIA**	

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº3 **LUGAR: PARQUE PRINCIPAL**

EVENTO: STAND - PARQUE PRINCIPAL DE JORNADA DE CANCER CHAOCHI

FOTO N° de **PROVINCIA: CUNDINAMARCA**
Fecha de toma (30/10/2025):









Observaciones:

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**30-10-2025**

INFORMACIÓN GENERAL	
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina	
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR	
Nombres y apellidos: Julian Andres Arrieta Martinez	Cargo: Auxiliar ETV
Correo electrónico institucional: andresarrietajulian@gmail.com	Teléfono: 3103330300
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)	
Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro) Jornada Contra El Cáncer municipio de Choachí	
Nombre del beneficiario: Jornada Contra El Cáncer	Correo electrónico
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Choachí – Cundinamarca	
Número total de beneficiarios: 13 personas	
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)	
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca	
ACTIVIDADES REALIZADAS	
El día 30 de octubre se realizó por parte del auxiliar Julian Arrieta el inicio a la "Jornada contra el Cáncer", con una marcha multitudinaria en el parque central del municipio de Choachí. En esta actividad participaron diversas coordinaciones de salud pública, que se unieron para visibilizar la importancia de la prevención y detección temprana.	

Durante el evento, se instaló un stand informativo dedicado a la enfermedad de Chagas, iniciando por la explicación de que la enfermedad de Chagas, también conocida como tripanosomiasis americana, es una enfermedad parasitaria causada por el protozoo Trypanosoma cruzi.

La infección puede transmitirse a los seres humanos de diversas formas, pero las principales son a través de la picadura del pito (un insecto hematófago también conocido como "chinche besucona") y por la transmisión congénita de la madre infectada al bebé durante el embarazo. También puede transmitirse por transfusiones de sangre contaminada, trasplante de órganos infectados o consumo de alimentos contaminados con el parásito.

Una vez que el parásito ingresa al cuerpo humano, puede causar una infección aguda que puede pasar desapercibida o presentar síntomas leves similares a los de una gripe. Sin embargo, si la infección no se trata adecuadamente, el parásito puede permanecer latente en el organismo durante muchos años y luego desarrollar una fase crónica de la enfermedad.

En su fase crónica, la enfermedad de Chagas puede causar problemas cardíacos y digestivos graves. Los síntomas cardíacos incluyen arritmias, insuficiencia cardíaca y problemas en el sistema de conducción eléctrica del corazón. Los síntomas digestivos pueden manifestarse como megacolon (dilatación anormal del colon) o megaesófago (dilatación anormal del esófago), lo que afecta la capacidad del tracto gastrointestinal para mover adecuadamente los alimentos.

Es importante detectar y tratar la enfermedad de Chagas lo antes posible, ya que puede provocar complicaciones graves a largo plazo. El diagnóstico se realiza mediante pruebas de laboratorio que detectan la presencia del parásito o anticuerpos contra él. El tratamiento con medicamentos antiparasitarios es más efectivo en las etapas tempranas de la infección.

La prevención de la enfermedad de Chagas se centra en controlar la población de pitos, mejorar las condiciones de vivienda en áreas de riesgo y realizar pruebas de detección en donantes de sangre y órganos para evitar la transmisión por transfusiones o trasplantes.

Además, se destacó el papel de la auxiliar de salud del ETV —quien realiza visitas domiciliarias y comunitarias— como enlace fundamental para identificar a tiempo casos sospechosos, brindar orientación y acompañamiento a las personas afectadas.

Gracias a la presencia de los asistentes y al trabajo coordinado del personal de salud, la jornada logró sensibilizar a la comunidad sobre la importancia de la detección oportuna

de enfermedades crónicas y tropicales, fortaleciendo así las acciones locales de prevención.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒SI ☐NO

Observaciones:

- Se evidencia que las personas entienden del tema que se les está informando y garantizan que van a dar aviso si en algún momento llegan a ver el insecto dentro o cerca a sus viviendas.
- El desarrollo de la actividad fue satisfactorio debido a que se utilizaron implementos visuales que brindan una comunicación más asertiva con la población que se capacito.

Se Anexa planilla de asistencia

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 01

LUGAR:
Parque Central

EVENTO:
Taller

FOTO N° 3 de 3
Fecha de toma (30/10/2025):

PROVINCIA:
Choachí - Cundinamarca







Observaciones:

El desarrollo de la actividad fue muy bien recibida por la comunidad de la jornada marcha contra el, cáncer ya que tuvieron una buena recepción de la información brindada.

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	30/10/25
LUGAR:	Jornada Contra el Cancér. Parque Central	HORA INICIO:	9:00am
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	1:00 PM

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN: DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	ADULTO MAYOR	PALENQUERO	ROM	DESMOVILIZADO	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	JOVEN	TELÉFONO	FIRMA	FIRMA
1	Gloria Rey	20498474	56	F	Chocho	R														0		Gloria
2	Martha Lopez	20485105	50	F	Chocho	R														3162706125		Martha lopez
3	Ana Romero	1071634122	27	F	Chocho	U														3229445548		Ana R
4	Karen Rodriguez	1019600856	20	F	Chocho	U														3209870592		Karen Rodr.
5	Sandra Cifuentes	35220234	49	F	Chocho	U																
6	Héctor Barragan	16.708.523	60	M	Chocho	R														3733837526		
7	Mahad Barrag	1820362[illegible]	35	M	Chocho	U														3153126579		
8	Diana F Aguirre	1068936773	27	F	Chocho	U														3208[illegible]		
9	Lizeth Rios	1068976537	29	F	Chocho	U														3231[illegible]		Lizeth R
10	Yesica Campos	1082492595	25	F	Chocho	U														3582[illegible]		Yesica campos
11	Camila Rojas	1068976073	29	F	Chocho	U														3136[illegible]		Camila R
12	Karol Baquero	1068976089	27	F	Chocho	U														3144[illegible]		Karol
13	Julia Garcia	20492556	73	F	Chocho	U														3228354178		Julia G.

RESPONSABLE | GERENCIA

Señor Ciudadano, autorizo a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co.

Scanned with CamScanner

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**10- noviembre-2025**

INFORMACIÓN GENERAL

Medio de Asistencia Técnica:

☒Campo ☐Virtual ☐Oficina

DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD

DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR

Nombres y apellidos: KEYDY NATALI CASTILLO HERRERA	Cargo: TRABAJADORA SOCIAL
Correo electrónico institucional: keidi267@gmail.com	Teléfono: 3123119550

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO
(Solicitante o uno de los beneficiarios)

Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro)

Comunitario

Nombre del beneficiario: concejales	Correo electrónico

Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Ubaque Cundinamarca

Número total de beneficiarios: 10 personas

TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)

Enfermedad de Chagas

OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca

"Realizar acciones de promoción de la salud y prevención, control y eliminación de las ETV, de manera mensual en los municipios asignados, mediante la ejecución de 5 talleres educativos aplicados en los diferentes entornos (Educativo, hogar, comunitario, laboral, institucional, etc) definidos por el lineamiento MSPS, enviando de forma magnética las evidencias correspondientes para su posterior consolidación en el ArcGis Survey123, (cada taller en diferentes entornos)"

ACTIVIDADES REALIZADAS

METODOLOGÍA

Se aumenta la participación de los entes que regulan el municipio en este caso del concejo municipal del municipio de Ubaque Cundinamarca, donde por medio de una solicitud por vía telefónica por parte del presidente se realiza taller con los participantes de la reunión que se obtuvo en el mes, dicho taller se realiza por medio de una cartilla educativa y se entrega un volante con la información importante sobre la enfermedad.

A continuación, se presenta la imagen del volante que se entrego durante el encuentro



Para el desarrollo de la actividad también se tiene en cuenta la cartilla #5 "la enfermedad de Chagas", ya que fue creada para que los participantes observen e identifiquen mejor la información que se está tratando en el espacio del taller, la cartilla es creada también con el fin de que la profesional pueda obtener mejor la información para darla a conocer en el espacio del taller, dicha cartilla es creada por la profesional, cada estudiante tiene la oportunidad de observarla y leerla ya que durante el taller la profesional se las pasa para que la interpreten y a finalizar el taller será devuelta al profesional en cargado del taller.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Se realiza el taller el día **10 noviembre** del presente año, dicha actividad inicia a las 4:00 Pm, el encuentro se realizó dentro de las instalaciones del **CONCEJO MUNICIPAL** en el

municipio de **UBAQUE**, el taller se realizó con los participantes del encuentro del concejo en este caso con 9 concejales y la secretaria , inicialmente se dio la bienvenida y la presentación del equipo de trabajo de la concurrencia de Chagas que se encuentra para el municipio de ubaque, la solicitud fue realizada por el presidente y representante del concejo por medio telefónica que según indican ellos que en meses anteriores vieron el vector dentro del lugar, en su momento la concurrencia no estaba en función, por lo tanto por parte de la trabajadora social se realiza la convocatoria donde se pidió el apoyo de la auxiliar de enfermería y la auxiliar de ETV que esta destinados para el municipio de ubaque, donde cada profesional pudo dar su taller y la capacitación de según su rol dentro de la concurrencia que puede realizar en caso de volver a ver el vector o como representantes de la comunidad después del taller se pueden volver entes territorial en la concurrencia de Chagas ya que son el apoyo comunitario y pueden claramente saber que pueden hacer si llegan a encontrar el vector o como reportar un caso positivo.

Por parte de la trabajadora social se presentó les informo el objetivo de la actividad, donde se les comunico que se estaba realizando junto a la gobernación y el hospital de fomeque un proyecto llamado concurrencia de Chagas en el cual estaban trabajando varios profesionales con funciones diferente, se les conto la finalidad de la trabajadora social en el espacio y lo que iba hacer con ellos en la jornada de la actividad, se realizó una explicación sobre la **ENFERDAD DE CHAGAS**. A través de una cartilla dinámica donde se obtiene la información clara y precisa para que los participantes tengan en cuenta y puedan entender mejor el tema.

En seguida se realiza la actividad con la cartilla #5 que obtiene la información sobre la enfermedad de Chagas. La cartillas tienen como finalidad explicar los temas de la concurrencia como lo es, las enfermedades de Chagas, con el fin de que los participantes puedan entender el tema y la importancia de saber sobre él, además es una herramienta fundamental para la jornada del taller para que la trabajadora social se le facilite la explicación del tema para dar inicio al taller ya que primero es adecuado explicar el tema para que los participantes puedan entender la finalidad de la dinámica y que cada uno se lleve a sus hogares un aprendizaje más para sus vidas y que sean participantes activos que la concurrencia ya que ellos pueden multiplican la información con sus familias, por otro lado, en los espacios que nos brindas el municipio no se tiene herramientas tecnológicas y se debe buscar estrategias más prácticas y creativas para poder realizar mejor la actividad. es por esta razón que se inicia con la explicación a través de cartillas dinámicas.

A continuación, se dará a conocer la cartilla con la cual se desarrolla la actividad.









A través de dicha cartilla se explica todo lo importante del tema de la enfermedad de Chagas, donde se enfoca en las clases de enfermedades que se evidencian a través de los insectos que se encuentran en el territorio y las variables de las enfermedades transmitidas, se relaciona la importancia de conocer cada enfermedad, los síntomas que pueden presentar, los tratamientos y donde se pueden encontrar para que cada persona

pueda reconocerlo en sus viviendas y detener las enfermedades y así mismo cuidar sus familiares.

En seguida se entregó se entrega un volante con la información sobre la enfermedad de Chagas, de esta forma las dos auxiliares les explico su función en la concurrencia y que apoyo pueden encontrar con ellas, la auxiliar de ETV les explico como deben recolectar el vector.

Se finaliza el taller a las 5:00 pm

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☐SI ☐NO

Observaciones:

Se Anexa planilla de asistencia

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de vigencia:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	10- Noviembre -2025
LUGA	UBAQUE Concejo municipal taller # 5	HORA INICIO:	4:00 pm
DEPENDENCIA QUE COORDINA:	Concurrencia chagas	HORA FIN:	5:00 pm

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN																	FIRMA
							DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VICTIMA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO	AFRODESCENDIENTE	INDIGENA	PALENQUERO	ROM	REINSERTADO/A	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	SEXO	TELEFONO	E-MAIL	
1	Nubia Fabiana Avila	1096703983	36	Femenino	Ubaque	Rural														3133194734	Nubia2308@yahoo.es	
2	Andres Ramos	1070491052	36	Masculino	Ubaque	Rural														3192861544		
3	Carlos Leal	79681174	51	M	Ubaque	Rural														3214114485	Ludosiosta@.	
4	ROLANDO PACHON	80244613	42	M	UBAQUE															3117190491	FERNAL0882@GMAIL.COM	
5	LUIS A MORA	1071201045	33	M	UBAQUE	RURAL														3189301948		
6	Jairo celeta Vapela.	79815205	52	M	Ubaque	Rural														3115061169	Jcelaitvapela@gmail.com	
7	Andres Castellanos Mora	1076201202	32	M	Ubaque	Rural														3203097077	Andres-100@hotmail.com	Andres C.
8	Edwin Sagarra	1111521521	42	M	Ubaque	Rural														3115566159	sagarraedwin@gmail.com	
9	[illegible]	79245217	72	M.	UBAQUE	RURAL														[illegible]	[illegible]	
10	Nidia Huertas	1.076.201.616	33	M	11	11														3105467693	11 11	
11																						
12																						
13																						

RESPONSABLE	TS natali Castillo.	GERENCIA	

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 3

LUGAR: ubaque colegio

EVENTO: taller 5

FOTO N° 3 de 3

PROVINCIA: oriente

Fecha de toma (10/11/2025):



FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS





Observaciones:

_____
_____
_____.

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**10/11/2025**

INFORMACIÓN GENERAL

Medio de Asistencia Técnica:

☒ Campo ☐ Virtual ☐ Oficina

DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD

DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR

Nombres y apellidos: Angie Natalia Mendez Arias	Cargo: Auxiliar ETV
Correo electrónico institucional: natismendez.2023@gmail.com	Teléfono:3137161699

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO
(Solicitante o uno de los beneficiarios)

Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro)

Nombre del beneficiario: Cristian Reyes	Correo electrónico/A

Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Choachí

Número total de beneficiarios: 13

TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)

OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca

ACTIVIDADES REALIZADAS

Actividad 1: Desplazamiento y visitas domiciliarias

Se realizó desplazamiento hacia la vereda Río Blanco con el objetivo de efectuar visitas domiciliarias y aprovechar el recorrido para capacitar a los residentes sobre el reconocimiento y manejo adecuado del vector transmisor de la enfermedad de Chagas.

Actividad 2: Taller de capacitación comunitaria

Durante la jornada, se llevó a cabo un taller educativo con los habitantes de la vereda, en el cual se explicó cómo proceder en caso de encontrar un ejemplar del vector (Tripanosoma cruzi o "pito").
Se abordaron temas sobre la identificación del insecto, las precauciones al manipularlo y el procedimiento correcto de recolección para su posterior entrega a las autoridades de salud.

Actividad 3: Recomendaciones sobre el manejo del vector

Durante la capacitación, se enfatizó en las siguientes recomendaciones prácticas:

- Utilizar un frasco limpio y con tapa perforada con pequeños agujeros, que permita la ventilación y garantice la supervivencia del vector hasta su llegada al laboratorio de Salud Pública.
- Evitar el contacto directo con las manos, empleando guantes o materiales de protección al momento de recoger el insecto.
- Introducir dentro del frasco una pequeña ramita o trozo de papel, que sirva como "escalera" para facilitar el movimiento del vector y reducir su estrés.

Actividad 4: Indicación de puntos de entrega

Finalmente, se informó a la comunidad sobre los puntos de remisión en el municipio de Choachí, indicando que cualquier ejemplar recolectado debe ser llevado a la oficina del PIC municipal en la Alcaldía, donde el personal encargado gestionará la remisión al Laboratorio de Salud Pública Departamental.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒ SI ☐ NO

Observaciones:

- La comunidad mostró interés y participación activa durante la capacitación.
- Se evidenció disposición para colaborar en la vigilancia comunitaria del vector.

- Se recomienda continuar con estas jornadas en otras veredas para fortalecer la prevención y el control del Chagas en el municipio.

Se Anexa planilla de asistencia

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código	
Versión	1
Fecha de aprobación	15-mar-22

TEMA: No. 1210. Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA: 10/MAY/2023
LUGAR: Vereda Rio Blanco CHOACHI	HORA INICIO: 2:00 pm
DEPENDENCIA QUE CONVOCA:	HORA FIN: 4:00 pm

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIONAL	
1	Cristian Reyes	1069[illegible]6	32	M	Choachí	R		
2	Yeni Reyes	1069[illegible]18	25	M	Choachí	R		
3	Brandon V	1102[illegible]67	28	M	Choachí	R		
4	Laura Acosta	1069[illegible]44	24	F	Choachí	R		
5	Sc[illegible]hel S	2038[illegible]6	39	F	Choachí	R		
6	Dayan R	1069[illegible]64	29	F	Choachí	R		
7	Leyla Baron	1000[illegible]84	26	F	Choachí	R		
8	Katalina Rios	1123[illegible]46	13	F	Choachí	R		
9	Alejandro Rios	1069[illegible]50	24	M	Choachí	R		
10	Alma Rios	1001[illegible]54	32	M	Choachí	R		
11	Carlos Pulido	3203320	40	M	Choachí	R		
12	Laura Alejandra	1007[illegible]52	22	F	Choachí	R		
13	Elisabet G	1069[illegible]33	26	F	Choachí	R		

RESPONSABLE		GERENCIA	

Autor Titular(es), autorizo a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar mis datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, el titular ejerce sus derechos de acceso, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, le puede solicitar a través del correo electrónico

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 3 **LUGAR: VEREDA RIO BLANCO**

EVENTO: TALLER VISITAS DOMICILIARIAS EN EL MUNICIPIO DE CHOACHI

FOTO N° de **PROVINCIA: CUNDINAMARCA**
Fecha de toma (10/11/2025):








Observaciones:

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**07-11-2025**

INFORMACIÓN GENERAL	
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina	
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR	
Nombres y apellidos: Julian Andres Arrieta Martinez	Cargo: Auxiliar ETV
Correo electrónico institucional: andresarrietajulian@gmail.com	Teléfono: 3103330300
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)	
Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro) Taller con el colegio Ignacio Pescador, sede Laureano.	
Nombre del beneficiario: Colegio Ignacio Pescador, sede Laureano.	Correo electrónico
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Choachí – Cundinamarca	
Número total de beneficiarios: 52 personas	
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)	
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca	
ACTIVIDADES REALIZADAS	
El día 07 de noviembre se realizó por parte del auxiliar Julian Arrieta se realizó una articulación en el colegio Ignacio pescador, sede Laureano en el municipio de Choachí con los estudiantes del grado cuarto en el auditorio. Inicialmente, se llevó a cabo una breve	

contextualización sobre el motivo del encuentro, haciendo énfasis en la importancia de conocer y prevenir la enfermedad de Chagas.

Posteriormente, se proyectó un video didáctico y muy ilustrativo que explicaba de manera clara los aspectos más importantes de esta enfermedad. Una vez finalizada la proyección, se inició la retroalimentación del tema, en la que se explicó a los estudiantes que la enfermedad de Chagas es transmitida por un parásito llamado *Trypanosoma cruzi*. Este parásito puede ingresar al cuerpo humano por diferentes vías: vectorial, oral y vertical.

Se destacó que la transmisión vectorial es la más común y ocurre a través de la picadura del insecto conocido como pito o chinche. También se explicó la transmisión oral, que se produce al consumir alimentos contaminados con heces u orina del insecto. Finalmente, se mencionó la transmisión vertical, que ocurre cuando una mujer embarazada transmite la infección a su bebé.

Después de la explicación, se entregó a los estudiantes un material didáctico que incluía la imagen del insecto transmisor. Se les enseñaron las características más relevantes del pito o chinche para que pudieran identificarlo correctamente. Además, se les indicó que, en caso de encontrar uno, debían capturarlo con precaución utilizando guantes o un paño, evitando matarlo, para luego entregarlo vivo en la oficina del PIC de la alcaldía municipal

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒SI ☐NO

Observaciones:

El taller fue exitoso, los niños adquirieron información primordial con base a la enfermedad de chagas y se llevaron un panorama amplio en prevención y cuidado para garantizar el bienestar de ellos.

Se Anexa planilla de asistencia

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 01

LUGAR:
Colegio Ignacio Pescador,Sede Laureano

EVENTO:
Taller

FOTO N° 3 de 3
Fecha de toma (07/11/2025):

PROVINCIA:
Choachí - Cundinamarca







Observaciones:

El desarrollo de la actividad fue muy bien recibida por los niños, ya que tuvieron una buena recepción de la información brindada.

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR.052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	7 Noviembre 2024
LUGAR:	Institucion Educativa Departamental Ignacio Pescador Chocachi Cund.	HORA INICIO:	7:00 am.
DEPENDENCIA QUE COORDINA:	ESE Hospital San Vicente de Paul de Fomeque	HORA FIN:	10:00 am.

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN: DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	INDÍGENA	AFRODESCENDIENTE	MIGRC	ENCERRADO(A)	ROM	RECICLADOR(A)	ADULTO MAYOR	LGTBIQ+	MIGRANTE	NIÑEZ	TELEFONO	EMAIL	FIRMA
1	Ronald Garzon	1222209354	10	M	Chocachi	U														—	—	
2	Paula Gonzalez	1068976318	11	F	Chocachi	U														—	—	
3	Jennifer Hernan	1068976254	11	F	Chocachi	U														—	—	
4	Jhoan Lombana	1068976223	11	M	Chocachi	U														—	—	
5	Edwin Lopez	1068975911	12	M	Chocachi	U														—	—	
6	Karol Martinez	1073461373	11	F	Chocachi	U														—	—	
7	Jhoan Martinez	1068476036	10	M	Chocachi	U														—	—	
8	Luis E Moreno	1121148704	11	M	Chocachi	U														—	—	
9	Samuel Moreno	1068976405	11	M	Chocachi	U														—	—	
10	Laura Nubia	1068976375	11	F	Chocachi	U														—	—	
11	Hanna S. Ojeda	1068976241	11	F	Chocachi	U														—	—	
12	Matias Pardo	1027294069	11	M	Chocachi	U														—	—	
13					Chocachi	U.														—	—	

RESPONSABLE		GERENCIA	

Scanned with CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-053
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	7 Noviembre 2025
LUGAR:	Institución Educativa Departamental Ignacio Pescador Chocachi Cord	HORA INICIO:	7:00 am
DEPENDENCIA QUE COORDINA:	ESE Hospital San Vicente de Paul de Fómeque	HORA FIN:	10:00 am.

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN: DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	MIGRANTE	AFRODESCENDIENTE	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	REINTEGRADO(A)	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	GESTANTE	TELÉFONO	E-MAIL	FIRMA
1	Mariana Alayon	1141314710	11	F	Chocachi	U														—	—	
2	Antonella Alayon	1068976398	11	F	Chocachi	U														—	—	
3	Vivian Arántegui	1068976355	11	F	Chocachi	U														—	—	
4	Brandom Baquero	1071691095	12	M	Chocachi	U														—	—	
5	Zharick Cardona	1073243675	12	F	Chocachi	U														—	—	
6	Andrés Cáquez	1019152217	12	M	Chocachi	U														—	—	
7	Sofia Castillo	1019125886	10	F	Chocachi	U														—	—	
8	Juan Castillo	1073518468	11	M	Chocachi	U														—	—	
9	Juan Castro	1072002088	11	M	Chocachi	U														—	—	
10	Leandro Chiachilla	2172000	12	M	Chocachi	U														—	—	
11	Emily Diaz	1016602907	11	F	Chocachi	U														—	—	
12	Laura Diaz	1068976347	11	F	Chocachi	U														—	—	
13	Gaby Garay	1147449007	11	F	Chocachi	U														—	—	

RESPONSABLE		GERENCIA	

Scanned with CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	7 Noviembre 2025
LUGAR:	Institucion Educativa Departamental Ignacio Rincador Choachi Cund	HORA INICIO:	7:00 am
DEPENDENCIA QUE COORDINA:	Esé Hospital San Vicente de Paul de Fómeque	HORA FIN:	10:00 am.

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN																			
							DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	INDIGENA	AFRODESCENDIENTE	MEDIA	PALENQUERO	ROM	DESPLAZADO	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	JOVEN	TELEFONO	EMAIL	FIRMA					
1	Isabella Martinez	1068976532	10	F	Choachi	U														—	—					
2	Jerith N Martinez	1072427550	10	M	Choachi	U														—	—					
3	Evelyn N. Mejia	1068976654	10	F	Choachi	U														—	—					
4	Shairra M. Mora	1068976527	10	F	Choachi	U														—	—					
5	Mauricio Perez	1068976216	11	M	Choachi	U														—	—					
6	Yhosloer Porte	54749331	9	M	Choachi	U														—	—					
7	Gabriela Rubio	1068976457	10	F	Choachi	U														—	—					
8	Luciana Rubio	1068976302	11	F	Choachi	U														—	—					
9	Jennyfer Rincon	1076201537	11	F	Choachi	U														—	—					
10	Dilan F. Rios	1068976239	11	M	Choachi	U														—	—					
11	Chelsea G. Rivera	1068976388	10	F	Choachi	U														—	—					
12	Gabriel Rojas	1031168946	10	M	Choachi	U														—	—					
13	Fabiana V. Ruiz	36918469	11	F	Choachi	U														—	—					

RESPONSABLE		GERENCIA	

Scanned with CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDOS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 | Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	7 de Noviembre 2025
LUGAR:	Institucion Educativa Departamental Ignacio Pescador Choachi Cund	HORA INICIO:	7:00 am
DEPENDENCIA QUE COORDINA:	E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Fomaque	HORA FIN:	10:00 a.m.

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN: DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	MADRE/PADRE CABEZA DE HOGAR	ROM	DESPLAZADO	AFECTO HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	OTROS	TELÉFONO	E-MAIL	FIRMA
1	Andrea F. Torres	1068975945	12	M	Choachi	U.													—	—	
2	Maria X Barbosa	1068976385	11	F	Choachi	U.													—	—	
3	Jose T Bonilla	1068976330	11	M	Choachi	U													—	—	
4	Guadalupe Calderon	1068976453	11	F	Choachi	U													—	—	
5	Hilary J Leguizamo	1023404352	12	F	Choachi	U													—	—	
6	Wilmer S Diaz	1068976148	11	M	Choachi	U													—	—	
7	Nazareth Fajardo	59585647	12	M	Choachi	U													—	—	
8	Luciana Fajardo	1078405784	11	F	Choachi	U													—	—	
9	Manuel A Garzon	1068976114	12	M	Choachi	U													—	—	
10	Kevin S Correa	1071631246	11	M	Choachi	U													—	—	
11	Juan J Gutierrez	1013013313	12	M	Choachi	U													—	—	
12	Mariangel Gutierrez	1176463577	10	F	Choachi	U													—	—	
13	Nicolas Fernandez	1016736457	10	M	Choachi	U.													—	—	

RESPONSABLE		GERENCIA	

Scanned with CamScanner

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**13 de noviembre del 2025**

INFORMACIÓN GENERAL	
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina	
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR	
Nombres y apellidos: KEYDY NATALI CASTILLO HERRERA	Cargo: TRABAJADORA SOCIAL
Correo electrónico institucional: keidi267@gmail.com	Teléfono: 3123119550
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)	
Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro) Educativo colegio ITO	
Nombre del beneficiario: GRADO 11	Correo electrónico
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: ubaque Cundinamarca	
Número total de beneficiarios: 23 personas	
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)	
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca "Realizar acciones de promoción de la salud y prevención, control y eliminación de las ETV, de manera mensual en los municipios asignados, mediante la ejecución de 5 talleres educativos aplicados en los diferentes entornos (Educativo, hogar, comunitario, laboral, institucional, etc) definidos por el lineamiento MSPS, enviando de forma magnética las evidencias correspondientes para su posterior consolidación en el ArcGis Survey123, (cada taller en diferentes entornos)"	

ACTIVIDADES REALIZADAS

METODOLOGÍA

Se aumenta la participación de los estudiantes que se encuentra en el colegio ITO grado once en el ubaque Cundinamarca, donde se realiza en el encuentro un taller educativo sobre el tema de la enfermedad de Chagas, a través de la explicación sobre la enfermedad con una cartilla educativa con la que cuenta con la información importante sobre el tema con el fin de que los participantes puedan entender mejor el tema, por otro lado, se realiza un taller educativo donde por medio de una sopa de letras se busca que las personas puedan realizar prevención y promoción de la enfermedad de Chagas, el taller se desarrolla con base en una sopa de letras donde deben encontrar palabras sobre la enfermedad de Chagas.

Se debe hacer grupos para poder resolver la sopa de letras, con el fin de que cada uno de ellos tenga las mismas oportunidades y analice el mensaje y de la misma forma pueda tener un espacio de distracción con una actividad que poco realizan en su vida diaria y poder así pasar un día agradable y feliz, además pueden compartir ideas sobre el tema y así mismo poder desarrollar la actividad en unión enfocando el respeto y el trabajo en grupo.

A continuación, se presenta la imagen utilizada en el taller.



Para el desarrollo de la actividad también se tiene en cuenta la **cartilla #2** "la enfermedad de Chagas", ya que fue creada para que los participantes observen e identifiquen mejor la información que se está tratando en el espacio del taller, la cartilla es creada también con el fin de que la profesional pueda obtener mejor la información para darla a conocer en el espacio del taller, dicha cartilla es creada por la profesional, cada estudiante tiene la oportunidad de observarla y leerla ya que durante el taller la profesional se las pasa para que la interpreten y a finalizar el taller será devuelta al profesional en cargado del taller.

También se entrega un volante con la información sobre la enfermedad



DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Se realiza el taller el día **13 de noviembre** del presente año, dicha actividad inicia a las 7:00 am, el encuentro se realizó dentro de las instalaciones del **colegio ITO** en el municipio de **ubaque**, el taller se realizó con los estudiantes de grado once, durante el encuentro estuvieron 23 personas, inicialmente se dio la bienvenida y la presentación, donde la trabajadora social se presentó les informo el objetivo de la actividad, donde se les comunico que se estaba realizando junto a la gobernación y el hospital de fomeque un proyecto llamado concurrencia de Chagas en el cual estaban trabajando varios profesionales con funciones diferente, se les conto la finalidad de la trabajadora social en el espacio y lo que iba hacer con ellos en la jornada de la actividad, se realizó una explicación sobre la **ENFERDAD DE CHAGAS** . A través de una cartilla dinámica donde se obtiene la información clara y precisa para que los participantes tengan en cuenta y puedan entender mejor el tema.

En seguida se realiza la actividad con la **cartilla #2** que obtiene la información sobre la enfermedad de Chagas. La cartilla tiene como finalidad explicar los temas de la concurrencia como lo es, las enfermedades de Chagas, con el fin de que los participantes puedan entender el tema y la importancia de saber sobre él.

La cartilla es una herramienta fundamental para la jornada del taller para que la trabajadora social se le facilite la explicación del tema para dar inicio al taller ya que primero es adecuado explicar el tema para que los participantes puedan entender la finalidad de la dinámica y que cada uno se lleve a sus hogares un aprendizaje más para sus vidas y que sean participantes activos que la concurrencia ya que ellos son entes que multiplican la información con sus familias, por otro lado, en los espacios que nos brindas el municipio no se tiene herramientas tecnológicas y se debe buscar estrategias más prácticas y creativas para poder realizar mejor la actividad. es por esta razón que se inicia con la explicación a través de cartillas dinámicas.

A continuación, se dará a conocer la cartilla con la cual se desarrolla la actividad.

A continuación, se presenta la cartilla dinámicas Las cartilla tienen como finalidad explicar los temas de la concurrencia como lo es; enfermedades de Chagas, con el fin de que los participantes puedan entender el tema y la importancia de saber sobre él, además es una herramienta fundamental para la jornada del taller para que la trabajadora social se le facilite la explicación del tema para dar inicio al taller ya que primero es adecuado explicar el tema para que los participantes puedan entender la finalidad de la dinámica y que cada uno se lleve a sus hogares un aprendizaje más para sus vidas y que sean participantes activos que la concurrencia ya que ellos pueden multiplican la información con sus familias, por otro lado, en los espacios que nos brindas el municipio no se tiene herramientas tecnológicas y se debe buscar estrategias más prácticas y creativas para poder realizar mejor la actividad. es por esta razón que se inicia con la explicación a través de cartillas dinámicas. En este taller se relaciona la cartilla #2 de Chagas donde se relaciona sobre todo sobre la enfermedad.

Dicha cartilla consta de los siguientes temas:

- ¿Qué es la enfermedad de Chagas?
- Te voy a presentar algunos vectores que existen en Colombia
- ¿Como se transmite la enfermedad en el ser humano?
- Síntomas de la enfermedad
- Prevención





A través de la cartilla se explica todo lo importante de la enfermedad de Chagas, con el fin de que los participantes puedan entender mejor el tema relacionado en el momento. Durante la actividad se

pudo identificar que los integrantes estuvieron interesados con el tema ya que es un tema nuevo para la mayoría, donde pudieron realizar preguntas y de inmediato fueron resueltas en el momento.

algunos de ellos se tomaron la dinámica con todo el respeto y la seriedad que merecía el taller, también se pudo ver que estaban felices y interesados de aprender, en el momento de la actividad de la sopa de letras estuvieron entusiasmados en encontrar las palabras y descubrieron que dentro de la sopa de letras había actividades que no conocían por lo tanto se les explica que significa. otros no donde por parte de la trabajadora social se realizó una pequeña explicación de las dudas que tenían alguno de ellos.

Antes de finalizar el taller se envía un video al representante del grupo con el fin de que puedan evidenciar otra explicación por medio del video enviado donde relacionan lo siguiente "Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo hay 10 millones de personas infectadas por el Trypanosoma cruzi, el parásito causante del Chagas, una enfermedad que mata cada año a más de diez mil personas en Latinoamérica. Olvidadas por los gobiernos y por la industria farmacéutica, que no invierte en investigar un tratamiento eficaz por falta de rentabilidad, sus víctimas siguen muriendo en silencio sólo auxiliadas por ONG´s como Médicos Sin Fronteras que lleva quince años asistiendo a pacientes con Chagas. Un grupo de científicos de la Universidad de Granada, en colaboración con el Instituto de Ciencia Molecular de la Universidad de Valencia, está desarrollando nuevos compuestos, aún en fase experimental con ratones, que podrían ayudar a combatir la enfermedad en un futuro."

El link del video es el siguiente:

https://www.youtube.com/watch?v=PDUrVXyIY1U&ab_channel=CEDECOM

https://www.youtube.com/watch?v=PDUrVXylY1U&ab_channel=CEDECOM



CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☐SI ☐NO

Observaciones:

Se Anexa planilla de asistencia

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDOS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	13 - NOVIEMBRE 2025
LUGA	UBAQUE - JARDIN colegio ITO GARZA octavio.	HORA INICIO:	7:00 a.m.
DEPENDENCIA QUE COORDINA:	CONCURRENCIA ubaque.	HORA FIN:	8:00 a.m

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN: DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	HABITANTE DE CALLE	VIOLENCIA DE GENERO	AFROCOLOMBIANO	RROM	PALENQUERO	ROM	ACREDITADO(A)	JEFE DE HOGAR	VETERO	MIGRANTE	FIRMA	TELEFONO	E-MAIL	OBSERVACIONES
1	Brian Teron	49660449	16	m	Ubaque	centro													X	3227291891		
2	Anderson Hidalgo		14	M	Ubaque	Centro ubaque													X	3227591891		
3	Johan Angulo	1028665837	15	M	Ubaque	Junta and													X	3142578423		
4	Keimer Arilson	1077453992	13	M	Ubaque	centro													X	3126963		
5	Santiago castro	1130388	16	M	Ubaque	centro													X	3135965		
6	Shenlyn Garcia	1076101101	14	F	Ubaque	lomero rojo													X	3134		Bogotá Cund
7	Wendy Herrera	1076203654	13	F	Ubaque	Ubaque													X	3213813446		Wendy H
8	Juan Valentina B	1091630096	13	F	Ubaque	centro													X	3201436836		Juan valentina
9	Nicolas Cañon	1077	14	M	Ubaque	Centro													X	3224167237		
10	Keiner Gutierrez	1074134	14	M	Ubaque	Fisher													X			
11	Juan David Silva	1076.201	15	M	Ubaque	Cucos 2													X	3163		
12	Zamir Bobadilla	1076	13	m	Ubaque	Centro													X	3		Zamir B
13	Maicol Valderrama	1076501460	15	M	Ubaque	lomo bajo	X												X	3122126280		

RESPONSABLE	TS Nataly castillo herrera.	GERENCIA	

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	13- noviembre - 2025
LUGA	Ubaque Colegio ITO JOVENES GRADO OCTAVO	HORA INICIO:	8:00 am
DEPENDENCIA QUE COORDINA:	Concurrencia chagas	HORA FIN:	9:00 a.m.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN: DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GENERO	AFRODESCENDIENTE	INDIGENA	PALENQUERO	ROM	DESPLAZADO	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	FIRMA	TELEFONO	E-MAIL	FIRMA
1	Juan David B.	1070015211	13	Masculino	Ubaque	R												X	320895058	—	Juan David B.
2	Jean Carlos H.	1076206778	17	masculino	ubaque	R												X	—	—	Jean Carlos
3	Santiago Sa	1076200873	16	masculino	Ubaque	U												X	3202542817	—	Sanchez
4	Johan Andres V	1074133[illegible]	15	masculino	ubaque	R												X	3201665[illegible]	—	
5	[illegible]	10[illegible]	14	masculino	ubaque	R												X	320942[illegible]	—	[illegible]
6	Yanelis Marque	33326047	16	Femenino	ubaque	U												X	3232372142	—	Yanelis
7	Alexa Villamar	1120957145	16	Femenino	Ubaque	R												X	3117081329	—	
8	Yuranny Gaona	1074133782	14	femenino	ubaque	R												X	3224137878	—	
9	Valery Gomez	1011713[illegible]	13	femenino	Ubaque	U												X	3125[illegible]	—	
10																					
11																					
12																					
13																					

RESPONSABLE	K Nataly Castillo.	GERENCIA	

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 3

LUGAR: colegio ubaque

EVENTO: taller 5

FOTO N° 4 de 4

PROVINCIA: oriente

Fecha de toma (13/11/2025):



FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS







Observaciones:

_____
_____
_____.

FECHA DE LA ASISTENCIA: 5/11/2025

INFORMACIÓN GENERAL

Medio de Asistencia Técnica:

☒Campo ☐Virtual ☐Oficina

DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD

DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR

Nombres y apellidos: DANIELA ESCOBAR PAREJA	Cargo: CONTRATISTA- PSICOLOGA
Correo electrónico institucional: danielaescobarpsico@gmail.com	Teléfono:

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO
(Solicitante o uno de los beneficiarios)

Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro)

Docentes de la IED monseñor Agustín Gutiérrez

Nombre del beneficiario:	Correo electrónico
Docentes IDEMAG	

Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Fómeque Cundinamarca

Número total de beneficiarios:

12

TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)

OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca

ACTIVIDADES REALIZADAS

El día 5 de noviembre a las 2:30 p.m. se llevó a cabo un taller educativo dirigido a los docentes vinculados laboralmente a la IED MONSEOR AGUSTÍN GUTIERREZ, orientado por la profesional Daniela Escobar, con el propósito de fortalecer los conocimientos del equipo docente sobre las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), haciendo énfasis en la enfermedad de Chagas.

Scanned with CamScanner

Durante la jornada se socializó información fundamental sobre los vectores presentes en el En el municipio de fómeque, su modo de transmisión, factores de riesgo y medidas preventivas aplicables en el entorno escolar y comunitario. Se profundizó en la enfermedad de Chagas, abordando aspectos como:

- Identificación del insecto vector.
- Hábitats de riesgo.
- Signos y síntomas a corto y largo plazo.
- Importancia de la detección temprana.
- Procedimiento de captura segura del insecto y reporte oportuno..

Se enfatizó en la **importancia del autocuidado y la limpieza del entorno**, destacando prácticas sencillas como mantener los espacios libres de basuras, evitar el almacenamiento de agua sin tapa y conservar las viviendas en buenas condiciones para prevenir la presencia de vectores.



La actividad tuvo una **alta participación y receptividad** por parte de los docentes, quienes demostraron interés y comprensión a través de su participación activa con regentas relacinadas con el tema de las cuales se destacan :

1. La enfermedad se encuentra activa dentro del municipio
2. que se debe hacer para saber si se tiene la enfermedad
3. Qué métodos de propagación existen a demás de la picadura del vector
4. como docentes que pueden hacer para mejorar esta problemática dentro del municipio

Scanned with CamScanner

El taller permitió aclarar dudas, promover la participación de los docentes y reforzar la importancia de su rol en la identificación temprana de riesgos en la comunidad educativa

La jornada concluyó de manera satisfactoria, cumpliendo con el propósito de fortalecer la capacidad de vigilancia y prevención frente a las ETV en el contexto escolar

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☐SI ☐NO
Observaciones:

1. El taller permitió fortalecer los conocimientos de los docentes sobre las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), logrando una comprensión más clara de los riesgos presentes en el territorio y de su impacto en la comunidad educativa.

2. Se evidenció un alto nivel de interés y participación por parte de los asistentes, lo que facilitó el intercambio de experiencias y la resolución de dudas relacionadas con la identificación del vector y las medidas de prevención.

3. La profundización en la enfermedad de Chagas contribuyó a que los docentes comprendieran la importancia de la detección temprana, el reconocimiento del insecto transmisor y los pasos adecuados para su captura y reporte, fortaleciendo su rol como agentes preventivos dentro de la institución.

4. La jornada permitió sensibilizar a los docentes sobre la necesidad de promover prácticas seguras y hábitos preventivos entre los estudiantes, fomentando entornos educativos más saludables y protegidos.

5. El taller cumplió con los objetivos propuestos, dejando capacidades instaladas en el equipo docente para replicar la información y apoyar las estrategias de vigilancia y prevención de ETV en su entorno laboral.

Se Anexa planilla de asistencia

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 0 6 ENTREGA 3
EVENTO: TALLER EDUCATIVO FO
FOTO N° 1 de 1
Fecha de toma (5/11/2025):

LUGAR: FOMEQUE- IED MONSEÑOR AGUSTÍN GUTIERREZ

PROVINCIA: ORIENTE



Observaciones:

_____

_____

_____

Scanned with CamScanner

FECHA DE LA ASISTENCIA: 2/11/2025

INFORMACIÓN GENERAL

Medio de Asistencia Técnica:

☒Campo ☐Virtual ☐Oficina

DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD

DIRECCIÓN O ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR

Nombres y apellidos: DANIELA ESCOBAR PAREJA — Cargo: CONTRATISTA - PSICOLOGA

Correo electrónico institucional: danielaescobarpsico@gmail.com — Teléfono: 3133334297

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO
(Solicitante o uno de los beneficiarios)

Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro) personas en condición de vulnerabilidad - caracterizadas por la Alcaldia

Nombre del beneficiario: — Correo electrónico

Personas en condición de vulnerabilidad

Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Fómeque - Cundinamarca

Número total de beneficiarios:

12

TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)

OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca

ACTIVIDADES REALIZADAS

Teniendo en cuenta la articulación realizada con la coordinadora Pic, DIANA PINEDA , se asiste a la reunión con las personas caracterizadas previamente por la alcaldia , que se encuentran estado de vulnerabilidad el dia. 2 de noviembre del 2025 donde, la profesional Daniela Escobar desarrolló una jornada educativa dirigida a a esta población con el propósito de **fortalecer los conocimientos sobre las zoonosis** y promover la adopción de medidas preventivas en el hogar y la comunidad.

Durante la sesión se abordaron los conceptos básicos sobre zoonosis, explicando qué son estas enfermedades, cómo se transmiten de los animales a las personas y cuáles son las

Scanned with CamScanner

más comunes en el territorio, tales como la **rabia, leptospirosis, toxoplasmosis y enfermedad de Chagas.**

Se resaltó la importancia de la **tenencia responsable de animales de compañía,** incluyendo la vacunación oportuna, el control de parásitos, el manejo adecuado de residuos y la higiene del entorno. Asimismo, se brindaron orientaciones sobre **signos de alarma** y la necesidad de acudir oportunamente a los servicios de salud ante posibles síntomas o exposiciones.



La jornada incluyó un **espacio de diálogo y reflexión**, en el que los participantes compartieron experiencias relacionadas con el cuidado de sus mascotas y las prácticas preventivas que pueden implementar en sus hogares.

La actividad contó con una **amplia participación y receptividad** por parte de los padres, quienes demostraron interés en el tema y reconocieron la importancia de la prevención de zoonosis para la protección de la salud familiar y comunitaria.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☐SI ☐NO

Observaciones:

La jornada permitió fortalecer los conocimientos y actitudes preventivas frente a las zoonosis en la población adulta.

Scanned with CamScanner

Se promovió la responsabilidad compartida entre la comunidad y los servicios de salud para reducir los riesgos de transmisión.

Las acciones educativas contribuyen al cumplimiento de las metas del componente de zoonosis del PIC, fomentando hábitos de cuidado animal y ambiental saludables.

Se recomienda continuar con este tipo de actividades, incluyendo talleres prácticos y articulación con el componente de salud ambiental y veterinaria.

Se Anexa planilla de asistencia

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL	Código:	M-PDDS-FR-057
	CONTROL DE ASISTENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE POBLACIÓN BENEFICIADA	Versión:	2
		Fecha de aprobación:	03/02/2025

TEMA:				HORA INICIO:	
LUGAR:		FECHA:	02-11-2025	HORA FIN:	
DEPENDENCIA QUE COORDINA:				RESPONSABLE:	Daniela Escobar

NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	SEXO			MUNICIPIO	ZONA		GRUPO POBLACIONAL										TELÉFONO	E-MAIL	FIRMA
			MASCULINO	FEMENINO	OTRO		URBANO	RURAL	DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	NEGRO	AFROCOLOMBIANO	RAIZAL	PALENQUERO	RrOM	LGTBIQ+	MIGRANTE			
Cristina Acosta Salcedo	1.069754470	37		X		Fomeque	X												3189163233		Cristina Acosta
Luis Conzaga Buitrago	15900289		X																		LUISCB.
Jasia delplar Ramirez	51744135			X																	
Ana Marina Bonilla	20165352			X																	
Rosa Rubio Rios	20533300			X		Cómeque													3114578455		Felina Bonilla
Emma Castillo S	41043703			X		Fomeque													3208789177		Emma Castillo S
Paola Bravo Castro	1068894174			X		Fómeque													3209733294		Paola Bravo C.
Sindy Lorena Rodriguez	1071631257			X		Fomeque													3228543556		
Yusleidy Cruz Rey	1073075069			X		Ocaña													3216838330		
Ana Katherine López B.	7075958801	28		X		Fómeque	X												3194718383		
Wendy Lopez Gamboa	1071631182			X		Fómeque	X												3197692502		
Juan Camilo Torres	1076202101		X			Fomeque	X														

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co.

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 0 7 ENTREGA 3
EVENTO: TALLER EDUCATIVO FOMEQUE
FOTO N° 1 de 1
Fecha de toma (2/11/2025):

LUGAR: FOMEQUE- SALÓN PARROQUIAL

PROVINCIA: ORIENTE



Observaciones:

_____
_____
_____

Scanned with CamScanner

OBJETIVO DE LA REUNIÓN:	FECHA:	ACTA No.
Garantizar la adecuada coordinación, logística y ejecución de las jornadas de tamizaje en la población priorizada, en el marco del plan de interrupción de la transmisión intradomiciliaria de la Enfermedad de Chagas por *Rhodnius prolixus*	30-10-2025	01

LUGAR:	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
Parque principal de Choachi	10: 00 AM	2:00 PM

ORDEN DEL DÍA

1. Bienvenida a los participantes.
2. Presentación de los objetivos de la jornada.
3. Socialización del Programa de ETV y Zoonosis – Equipo de Chagas en la actividad.
4. Toma de muestras y acompañamiento en el diligenciamiento del consentimiento informado.
5. Revisión de procedimientos técnicos: identificación, conservación y transporte de muestras.
6. Traslado al Centro de Salud de Choachí para centrifugación y almacenamiento.
7. Conclusiones y compromisos interinstitucionales.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Se atendió la invitación realizada por el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) municipal y departamental, en articulación con los Equipos Básicos de Salud, para participar en la jornada de movilización por la prevención del cáncer de seno. La actividad se llevó a cabo en el parque principal del municipio, donde se adecuó un espacio destinado a la toma de muestras de la población priorizada que participaba en el evento.
Durante la jornada, la auxiliar Viviana Rodríguez realizó una sensibilización a la comunidad sobre la importancia del tamizaje y la detección temprana de la enfermedad de chagas. Posteriormente, se efectuó la toma de muestras a las personas que manifestaron su consentimiento, brindando apoyo en el diligenciamiento del consentimiento informado correspondiente.

Asimismo, se reforzaron las recomendaciones sobre la correcta identificación de las muestras, el uso de letra legible en los tubos, y la adecuada estabilidad y conservación de las mismas. Se garantizó el correcto embalaje y transporte de las muestras hasta el Centro de Salud de Choachí, donde se realizó la centrifugación y posterior almacenamiento, quedando dispuestas para su

entrega final conforme a los protocolos establecidos.

CONCLUSIONES

- La articulación con el ente municipal y los demás programas permitió fortalecer las acciones de promoción y prevención en salud dentro del municipio de Choachí.
- Se garantizó el cumplimiento de los procedimientos técnicos para el manejo de las muestras, asegurando la calidad del proceso.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Mantener la articulación entre el PIC, los EBS y el Programa de ETV y Zoonosis para apoyar futuras actividades de salud pública.	De manera permanente	Grupo de Chagas
Realizar seguimiento a la entrega de resultados y garantizar el flujo adecuado de información a la población que se le realizo el tamizaje.	De manera permanente	Mayra Martínez.

ASISTENTES:

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 1
EVENTO: MOVILIZACIÓN JORNADA PREVENCIÓN CÁNCER DE SENO

LUGAR:PARQUE PRINCIPAL DE CHOACHI

FOTO N° 1
Fecha de toma 30/10/2025

PROVINCIA: CHOACHI CUNDINAMARCA



Observaciones:

Se realizó apoyo y refuerzo de la importancia de la calidad de la fase pre- analítica en el desarrollo del tamizaje del programa.

30-10-205 CH
Cancer

Gobernación de Cundinamarca	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
Daniela Gamboa A	Coordinadora Salud Pública	HSVP-F	
Ursula Rueda Parra	coordinadora PIC	Alcaldía Chocontá	
Luz Nelly Prado A	Coord PIC	HSVP-T	
Arcelia E. Rodriguez	Secret Deo. Social	Alcaldía	

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocho 30/10/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Luz Daniela Perez Cardenas IDENTIFICACIÓN: 1066269071

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 07/31/2000 EDAD: 25 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Ama Casa EPS: Nueva EPS RÉGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3022093823

VEREDA: Balsadillas DIRECCIÓN: _____

Yo, Luz Daniela Perez Cardenas en mi condición de Paciente identificado con documento No. 1066269071, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Daniela Perez
Firma del Paciente
Nombre
Identificación Nº 1066269071

Firma del Acudiente
Nombre
Identificación Nº

Mallko Bibiano Rodriguez Leon
Firma de responsable Venopunción
Nombre Mallko Bibiano Rodriguez L.
Identificación Nº 20.364.629

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocontá 30/10/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Gladys Estela Alayón Amateguí IDENTIFICACIÓN: 1068973364

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 09 / 06 / 1988 EDAD: 37 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M___

OCUPACIÓN: Hogar EPS: Compensar RÉGIMEN: subsidiado TELÉFONO: 3112419619

VEREDA: Alto del Palo DIRECCIÓN: _____

Yo, Gladys Estela Alayón A en mi condición de Paciente identificado con documento No, 1068973364, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Gladys Estela Alayón A.	_____	Maitho Bibiana Rodriguez
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre Maitho Bibiana Rodriguez L.
Identificación Nº 1068973364	Identificación Nº	Identificación Nº 20.354.820

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____

Firma del paciente o Acudiente

CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocho 30/10/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Erika Malecha velasquez IDENTIFICACIÓN: 1007268947

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 22/Sep/1987 EDAD: 38 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Trabajo casa EPS: Famisanar RÉGIMEN: contributivo TELÉFONO: 3135044287

VEREDA: Resguardo Sur DIRECCIÓN: _____

Yo, Erika Malecha V en mi condición de Paciente identificado con documento No. 1007268947, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Erika Malecha V		Maitte Bibiana Rodriguez León
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre Maitte Bibiana Rodriguez L.
Identificación Nº 1007268947	Identificación Nº	Identificación Nº 20394589

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocachi 30/10/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Rocio del Pilar Rincon Agudelo IDENTIFICACIÓN: 20384709

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 26/06/82 EDAD: 43 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Hogar EPS: Nueva EPS RÉGIMEN: Subsidiado. TELÉFONO: 3125502232

VEREDA: La llanada. DIRECCIÓN: _____

Yo, Rocio del Pilar Rincon Agudelo en mi condición de paciente identificado con documento No. 20384709, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas.

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº 20'384709	Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Firma de responsable Venopunción Nombre Maitha Bibiana Rodriguez L. Identificación Nº 20.384.529

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chaachi 30/10/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Valery Yuliana Carvajal Diaz IDENTIFICACIÓN: 1068975706

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 14/08/2012 EDAD: 13 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: FamiSanar RÉGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3222334006

VEREDA: Centro DIRECCIÓN: _____

Yo, Luz Hiyam Diaz Rodriguez en mi condición de Tia identificado con documento No. 1068976606, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Luz Diaz Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº 1068976606	Martha Barbara Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Martha Barbara Rodriguez Identificación Nº 20.354.529

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocachi 30/10/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Luz Miryam Diaz Rodriguez IDENTIFICACIÓN: 1068976606

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 18/06/1997 EDAD: 28 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: oficios varios EPS: Nueva EPS RÉGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3222334006

VEREDA: Quiuza DIRECCIÓN: _____

Yo, Luz Miryam Diaz Rodriguez en mi condición de Paciente identificado con documento No. 1068976606, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Luz Diaz	_____	Martha Bibiana Rodriguez León
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre Martha Bibiana Rodriguez.
Identificación Nº 1068976606	Identificación Nº	Identificación Nº 20.354.529

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____

Firma del paciente o Acudiente

CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocontá 30/10/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Angel Gabriel Prieto Rincón IDENTIFICACIÓN: 1068977671

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 02/02/2020 EDAD: 5 años GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F ___ M X

OCUPACIÓN: _____ EPS: Nueva EPS RÉGIMEN: Subsidiado. TELÉFONO: 3125302232

VEREDA: La llanada. DIRECCIÓN: _____

Yo, Rocio del Pilar Rincón Agudelo en mi condición de Mamá identificado con documento No. 20'384.709, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas.

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

_____	_____	Martha Bibiana Rodriguez León
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre Martha Bibiana Rodriguez León
Identificación Nº	Identificación Nº 20'384.709	Identificación Nº 20.364.879

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____

Firma del paciente o Acudiente

CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocachi, 30/10/2025.

NOMBRE DEL PACIENTE: Yeani Rocio Gutierrez Olaya IDENTIFICACIÓN: 20384602

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 01 / 10 /2025 EDAD: 42 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACION: Empleada EPS: Comfacundi REGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3107597720

VEREDA: _____ DIRECCIÓN: Cra 1 # 7-628 - El Bosque

Yo, Yeani Rocio Gutierrez Olaya en mi condición de Paciente identificado con documento No. 20 384 602, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Yeani Rocio Gutierrez. Identificación Nº 20 384 602	Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Firma de responsable Venopunción Nombre Martha Bibiana Rodriguez León Identificación Nº 20 354 839

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocachi 30/01/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Karen Natalia Rodriguez Vinquez IDENTIFICACIÓN: 1019604256

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 13 / 09 / 2005 EDAD: 20 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACION: Enfermero EPS: Famisanar REGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3209870512

VEREDA: Centro DIRECCIÓN: _____

Yo, Karen Natalia Rodriguez Vinquez en mi condición de paciente identificado con documento No. 1019604256, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Karen Rodriguez Firma del Paciente Nombre Identificación N° 1019604256	_____ Firma del Acudiente Nombre Identificación N°	Saritha Bibiana Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Saritha Bibiana Rodriguez León Identificación N° 20.354.539

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____
Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autorize a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocachi 30/10/2025
NOMBRE DEL PACIENTE: Sandra Yaneth Diaz Gomez IDENTIFICACIÓN: 20384610
FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 31 / 05 /1981 EDAD: 44 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___
OCUPACION: Independiente EPS: Sura REGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3204505400
VEREDA: Centro DIRECCIÓN: Vereda Bobadillas parte baja.

Yo, Sandra Yaneth Diaz en mi condición de Paciente identificado con documento No. 20384610, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Sandra Diaz G. Firma del Paciente Nombre Sandra Yaneth. Identificación N° 20384610.	Firma del Acudiente Nombre Identificación N°	Martha Barbara Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Martha Barbara Rodriguez León Identificación N° 20 384 829

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocachi 30/10/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Alicia Rodriguez Rivera IDENTIFICACIÓN: 20384995

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 06/02/85 EDAD: 40 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACION: Hogar EPS: Famisanar REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3005391343

VEREDA: El Hato DIRECCIÓN: chocachi Vda El Hato

Yo, Alicia Rodriguez Rivera en mi condición de Paciente identificado con documento No. 20384995, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Alicia R.		Martha Bibiana Rodriguez León
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre Martha Bibiana Rodriguez L.
Identificación Nº 20384995	Identificación Nº	Identificación Nº 20.354.629

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: **TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.**

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labesalud@cundinamarca.gov.co

OBJETIVO DE LA REUNIÓN:	**FECHA:**	**ACTA No.**
Garantizar la coordinación y ejecución efectiva de la jornada de tamizaje en las personas beneficiarias del programa de Renta Ciudadana, dentro del plan de interrupción de la transmisión intradomiciliaria de la Enfermedad de Chagas asegurando el adecuado desarrollo de la fase preanalítica.	02/11/2025	01

LUGAR:	**HORA INICIO**	**HORA FINALIZACIÓN**
SALON PARROQUIAL	9: 00	12:00

ORDEN DEL DÍA

- ✓ Apertura y bienvenida a los participantes.
- ✓ Presentación de los objetivos de la jornada.
- ✓ Actividades de sensibilización y talleres educativos sobre la Enfermedad de Chagas.
- ✓ Proceso de tamizaje y toma de muestras sanguíneas.
- ✓ Supervisión técnica y acompañamiento en la fase preanalítica.
- ✓ Cierre y conclusiones de la jornada.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

En articulación con la Secretaría de Desarrollo Social y los Equipos Básicos en Salud, se llevó a cabo una jornada de tamizaje dirigida a la población beneficiaria del programa de Renta Ciudadana.

La apertura estuvo a cargo de la señora María Pinzón, representante de la Secretaría de Desarrollo Social, quien dio la bienvenida a los asistentes y destacó la importancia del trabajo intersectorial, resalto la labor del programa de Chagas para la prevención y detección temprana de esta enfermedad.

Posteriormente, se desarrollaron diferentes actividades educativas y talleres participativos por parte de los grupos articulados; con el fin de sensibilizar a la comunidad sobre la enfermedad, sus formas de transmisión, medidas preventivas y la importancia del diagnóstico oportuno realice una intervención haciendo un sondeo de conocimiento de la enfermedad en la comunidad y reafirmando el alcance de este programa y de la importancia de participar dentro del mismo.

Durante la jornada, junto con la auxiliar de enfermería Lorena Varela, se realizó la toma de muestras sanguíneas a las personas que cumplían con los criterios de inclusión y firmaron el consentimiento informado.

Se efectuó supervisión técnica con el objetivo de garantizar el cumplimiento de los estándares de calidad en la fase preanalítica, brindando apoyo en la toma de muestras, orientación a los participantes sobre el diligenciamiento de los consentimientos y enfatizando en la correcta identificación, conservación y transporte de las muestras.

Las muestras fueron adecuadamente embaladas y trasladadas siguiendo los protocolos establecidos, asegurando su integridad y trazabilidad hasta el laboratorio correspondiente.

CONCLUSIONES

- ✓ Se cumplió con la jornada de tamizaje planificada, asegurando la correcta articulación intersectorial.
- ✓ Se garantizó la calidad de la fase pre analítica, mediante acompañamiento técnico y supervisión directa.
- ✓ La comunidad participante recibió información clara y pertinente sobre la Enfermedad de Chagas y su prevención.
- ✓ Se aseguró el transporte adecuado y conservación de las muestras tomadas, cumpliendo los lineamientos establecidos por el Programa ETV.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Seguir buscando articulaciones con los demás	De manera continua	Equipo de Chagas

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
programas de vigilancia en salud publica del municipio.		
Hacer seguimiento a los resultados que sean positivos para el tamizaje de la enfermedad.	De forma inmediata	Mayra Martínez

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 1
EVENTO: Jornada Subsidio Monetario

LUGAR: Salón Parroquial

FOTO N° 1
Fecha de toma (02/11/2025):

PROVINCIA:Fómeque Cundinamarca





Observaciones:

Garantizar la coordinación y ejecución efectiva de la jornada de tamizaje en las personas beneficiarias del programa de Renta Ciudadana, dentro del plan de interrupción de la transmisión intradomiciliaria de la Enfermedad de Chagas asegurando el adecuado desarrollo de la fase preanalítica.

Gobernación de Cundinamarca	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

Jornada 2 de Noviembre

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
Katherinne López B.	Apoyo Profesional Alcaldia Municipal	Alcaldia Municipal	
Ana María Pinzón	apoyo Programas mandatarios	Alcaldía	
Mary Alejandra Romero	Secretaria de la Mujer.	Gobernación Cundinamarca	

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Fomeque - 11-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Laidy Jhoana Mendez IDENTIFICACIÓN: 1077628675

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 27/07/1991 EDAD: 38 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Independiente EPS: Nueva EPS RÉGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3123256367

VEREDA: Potrero Grande DIRECCIÓN: _____

Yo, Laidy Jhoana Mendez en mi condición de Paciente identificado con documento No. 1077628675, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de _____ a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: _____

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Laidy Mendez	_____	Lorena Varela
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación Nº 1077628675	Identificación Nº	Identificación Nº 1013599008

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____
Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Ubaque - 11-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Yadira Martinez Rodriguez IDENTIFICACIÓN: 1071629612

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 26/08/1990 EDAD: 35 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Agricultura EPS: Nueva Eps RÉGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3166433799

VEREDA: Cuasavista DIRECCIÓN: _____

Yo, Yadira Martinez R en mi condición de paciente identificado con documento No. 1071629612, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Yadira Martinez R	_____	Lorena Rojas
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación Nº 1071629612	Identificación Nº	Identificación Nº 1035990098

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____

Firma del paciente o Acudiente

CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Fomeque 11-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Marita cespedes Peña 19 IDENTIFICACIÓN: 1071628646.

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 16 / 09 / 1997 EDAD: 38 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F ___ M ___

OCUPACIÓN: empleada EPS: famisanar RÉGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3044385835

VEREDA: Centro DIRECCIÓN: Fomeque.

Yo, Maritza Andrea Cespedes. en mi condición de Paciente. identificado con documento No. 1071628646., en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de _____ a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: _____

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Marita Céspedes	_____	Lorena Varela
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación Nº 1071628646.	Identificación Nº	Identificación Nº 1013599008

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____
Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Fusagasugá 11-11-25

NOMBRE DEL PACIENTE: Gustavo Adrian J. Gomez Torres IDENTIFICACIÓN: 7202153

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 12 / 01 / 83 EDAD: 42 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F ___ M X

OCUPACIÓN: Policía EPS: Fonoprl RÉGIMEN: Especial TELÉFONO: 3023934971

VEREDA: NO DIRECCIÓN: Cl 1 C #4-27

Yo, Gustavo Adrian J. Gomez T en mi condición de Paciente identificado con documento No. 7202153, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de cho905 a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: cho905

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Gustavo Adrian J. Identificación N° 7202153	Firma del Acudiente Nombre Identificación N°	Lorena Varela Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación N° 7015399009

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Fusagasugá 11/8/25

NOMBRE DEL PACIENTE: MATTIUS ALEJANDRO Ladron de Guevara Toledo IDENTIFICACIÓN: 1031 853 890

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 10 / 04 / 19 EDAD: 6 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F ___ M X

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Sanitas RÉGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3023934941

VEREDA: NO DIRECCIÓN: CRA 1 E - 4 - 22

Yo, Gustavo Ladron de Guevara en mi condición de Padre identificado con documento No. 72021453, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Firma del Acudiente Nombre Gustavo Ladron de Guevara Identificación Nº 72021453	Lorena Varela Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación Nº 1013599009

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Fomeque 14-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Deisy Mireya Melo Rodriguez IDENTIFICACIÓN: 1071628069

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 23/12/1985 EDAD: 39 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Hogar EPS: Ellipsa EPS RÉGIMEN: _____ TELÉFONO: 3196239715

VEREDA: Rio Blanco DIRECCIÓN: Fomeque

Yo, Deisy Mireya Melo en mi condición de paciente identificado con documento No. 1071628069, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Cho995 a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Cho995

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Deisy Mireya Melo		Loreco Correo
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación Nº 1071628069	Identificación Nº	Identificación Nº 1035990009

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Deisy Mireya Melo
Firma del paciente o Acudiente
CC 1071628069

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	**CÓDIGO:** M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	**FECHA DE APROBACIÓN:** 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: 11-Noviembre Guachavita

NOMBRE DEL PACIENTE: Luz Adriana Varela López IDENTIFICACIÓN: 1070384242

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 14/01/2004 EDAD: 21 GESTANTE: SI ✗ NO ___ NA ___ SEXO: F ✗ M ___

OCUPACIÓN: ___ EPS: Nueva Eps RÉGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3052037339

VEREDA: Guachavita DIRECCIÓN: ___

Yo, Luz Varela López en mi condición de Paciente identificado con documento No. 1070384242 en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Luz Varela		Lorena Varela
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación Nº 1070384242	Identificación Nº	Identificación Nº 1013599009

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Tocaque, 11/11/2025
NOMBRE DEL PACIENTE: Andrea Cortes Hernandez IDENTIFICACIÓN: 1070386308
FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 01/10/2005 EDAD: 20 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___
OCUPACIÓN: Ama de Casa EPS: Famisanar RÉGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3124363836
VEREDA: NO DIRECCIÓN: cll 6 # 59-07

Yo, Andrea Cortes Hernandez en mi condición de paciente identificado con documento No. 1070286308, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Andrea. C		Lorena Ulate
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación Nº 1070386308	Identificación Nº	Identificación Nº 1013599009

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Fomeque 11-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: María Rocio Muñoz Guevara IDENTIFICACIÓN: 20533555

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 09/06/1965 EDAD: 40 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Empleada EPS: Famisanar RÉGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3118213108

VEREDA: Resguardo DIRECCIÓN: Finca el Espinal Fomeque Cund.

Yo, María Rocio Muñoz Guev en mi condición de paciente identificado con documento No. 20533555, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre María Rocio Muñoz Identificación Nº 20533555	Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación Nº1013599008

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Fomeque 11-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: María Camila Romero Romero IDENTIFICACIÓN: 1071628089

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 05/03/04 EDAD: 21 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F X M___

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Nueva Eps RÉGIMEN: Subsidiada TELÉFONO: 3022703621

VEREDA: _____ DIRECCIÓN: Calle 7-7-65

Yo, María Camila Romero en mi condición de Paciente identificado con documento No. 1071628089, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de cnaggs a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: cnaggs

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

María Camila Romero		Lorena Varela
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre María Camila Romero	Nombre	Nombre
Identificación N° 1071628089	Identificación N°	Identificación N°1013599009

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Fomeque - 11-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Mariangel Barajas silva IDENTIFICACIÓN: 1104068050

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) ___/___/___ EDAD: ___ GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F X M___

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Famisanar RÉGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3219950084

VEREDA: ___ DIRECCIÓN: Fomeque - la unita

Yo, Mariangel Barajas. en mi condición de paciente identificado con documento No. 1104068050., en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: chagas.

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Mariangel Barajas		Lorena Varela
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación Nº 1104068050.	Identificación Nº	Identificación Nº1013599009

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406 VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: FOMEQUE - 12-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Martha Rios Avila IDENTIFICACIÓN: 20'533.796

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 17/04/81 EDAD: 44 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: independiente EPS: Famisanar RÉGIMEN: _____ TELÉFONO: 3138143356

VEREDA: Laderas DIRECCIÓN: _____

Yo, Martha Rios Avila en mi condición de paciente identificado con documento No. 20'533.796, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Martha Rios Avila	_____	Lorena Varela
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación N° 20'533.796	Identificación N°	Identificación N° 1013599009

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____

Firma del paciente o Acudiente

CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Fomeque 12-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Deisy Bacuero Gutierrez IDENTIFICACIÓN: 1003618628

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 22 / 07 / 2001 EDAD: 24 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F V M ___

OCUPACIÓN: Amadera su EPS: Famisanar RÉGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3203226667

VEREDA: Chinica DIRECCIÓN: _____

Yo, Doña Deisy Bacuero en mi condición de paciente identificado con documento No. 1003618628, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Doña Deisy Bacuero		Lorena rocio
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación N° 1003618628	Identificación N°	Identificación N° 1013599008

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Fomeque 13-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Sandra Marcela Diaz Cifuentes IDENTIFICACIÓN: 1068973610

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 29/01/1989 EDAD: 36 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: _____ EPS: _____ RÉGIMEN: _____ TELÉFONO: 3118677969

VEREDA: Ridelanza DIRECCIÓN: Fomeque

Yo, Sandra Marcela Diaz Cifuentes en mi condición de paciente identificado con documento No. 1068973610, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de cloro gas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: cloro gas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº 1068973610	Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación Nº 1013599008

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: 12/11/2025 - Fomeque

NOMBRE DEL PACIENTE: Omaira Paola Manrique Alvarado IDENTIFICACIÓN: 1071629407

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 03/11/____ EDAD: 36 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M___

OCUPACIÓN: agricultura EPS: Coomeusan RÉGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3125563140

VEREDA: Guane DIRECCIÓN: Fomeque

Yo, Omaira Paola Manrique en mi condición de Paciente identificado con documento No. _____, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguinea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de cha905 a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: cha905

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Paola Manrique	Paola Manrique	Lorena Vare 10
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación Nº	Identificación Nº 1071629407	Identificación Nº 1013599009

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____

Firma del paciente o Acudiente

CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Fomeque 12-14-2023

NOMBRE DEL PACIENTE: Jhoan Sebastian Nuñez Mancera IDENTIFICACIÓN: 1071632536

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 03/05/2020 EDAD: 3 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F ___ M X

OCUPACIÓN: Escolar EPS: coomeosar RÉGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3125563140

VEREDA: Guime DIRECCIÓN: Fomeque

Yo, Angie Paola Mancera en mi condición de Mama identificado con documento No. 1071624407 en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Cha925 a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Cha925

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación N°	Angie Paola Mancera Firma del Acudiente Nombre Identificación N° 1071624407	Lorena Ortiz Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación N° 1013599008

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Fomeque 12-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Claudia Bibiana Rodriguez IDENTIFICACIÓN: 20533377

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 23/07/1972 EDAD: 42 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Domestica EPS: Compensar RÉGIMEN: _____ TELÉFONO: 3134577481

VEREDA: Fomeque DIRECCIÓN: La Uvita

Yo, Claudia Bibiana R en mi condición de paciente identificado con documento No. _____, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Hemograma a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: Hemograma

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Claudia Bibiana R.	_____	Lorena varela
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación Nº 20533377	Identificación Nº	Identificación Nº 1035990093

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____

Firma del paciente o Acudiente

CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

OBJETIVO DE LA REUNIÓN:	**FECHA:**	**ACTA No.**
Realizar supervisión a la auxiliar Marcela Herrera en la jornada de tamizaje articulada con la alcaldía municipal, garantizando la calidad de fase pre analítica.	08/11/2025	2

LUGAR:	**HORA INICIO**	**HORA FINALIZACIÓN**
Parque principal de Ubaque	2:00 PM	5:00 PM

ORDEN DEL DÍA

- Articulación institucional con la Alcaldía y presentación del equipo responsable.
- Socialización de las indicaciones para la toma de muestras y lineamientos técnicos.
- Entrega de insumos, equipos y materiales necesarios para la toma y transporte de muestras.
- Desarrollo de la jornada de tamizaje dirigida a la población priorizada (mujeres y niños).
- Supervisión y acompañamiento técnico en la identificación, rotulado, diligenciamiento de consentimientos y toma de muestras.
- Verificación de la fase preanalítica**:**
- Identificación correcta de muestras.
- Diligenciamiento de formatos.
- Triple embalaje.
- Preparación para el transporte.
- Traslado de muestras al Centro de Salud de Ubaque para centrifugación y almacenamiento.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

En el marco del Plan de Interrupción de la Transmisión Intradomiciliaria de la Enfermedad de Chagas, se programó una jornada de tamizaje dirigida a población priorizada del municipio de Ubaque, con énfasis en mujeres y niños. La actividad se articuló con la Administración Municipal de Ubaque, en concordancia con las estrategias de salud pública orientadas al diagnóstico temprano y al aseguramiento de la calidad en la fase preanalítica de las muestras.

La jornada se llevó a cabo en el Parque Principal del municipio, donde previamente se realizó la **Inauguración de la Casa de la Mujer**, liderada por el señor alcalde **Jhovany Garzón Aguas**, con la participación de madres cabeza de hogar y habitantes de la vereda Sabanilla.

- En coordinación con la auxiliar de salud Marcela Herrera y el equipo de la Alcaldía Municipal, se desarrolló la jornada de tamizaje dirigida a la población priorizada. Durante la actividad se realizaron las siguientes acciones:
- Se brindó acompañamiento y supervisión directa a la auxiliar encargada de la toma de muestras en el municipio.
- Se enfatizó la correcta identificación y rotulado de las muestras, asegurando trazabilidad y cumplimiento de la normatividad vigente.
- Se apoyó el diligenciamiento adecuado del consentimiento informado, garantizando el respeto a los principios éticos y legales.
- Supervisión de la toma de muestras conforme a los protocolos establecidos. Se tomaron 4 muestras en la jornada.
- Se garantizó el traslado oportuno y seguro de las muestras hacia el Centro de Salud de Ubaque.
- En el centro de salud se realizó la centrifugación y almacenamiento adecuado**,** preservando la integridad del material biológico.
- Este procedimiento aseguró el cumplimiento de una fase preanalítica óptima, indispensable para garantizar la calidad de los resultados.
- Se brindaron orientaciones a la auxiliar municipal respecto al correcto diligenciamiento del formato de remisión de muestras al Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca.

- Se reiteró la importancia del cumplimiento de los procedimientos establecidos para fortalecer la calidad del proceso diagnóstico.

CONCLUSIONES

La jornada se desarrolló de manera coordinada y satisfactoria, cumpliendo con los objetivos propuestos para la vigilancia y tamizaje de la Enfermedad de Chagas en la población priorizada del municipio de Ubaque. Se fortalecieron las capacidades del personal de la auxiliar y se garantizaron todos los aspectos técnicos y logísticos de la fase preanalítica, asegurando así la calidad del proceso.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Seguir aplicando los protocolos de la fase preanalítica	De manera continua	Marcela Herrera
Continuar coordinando jornadas de tamizaje en la población objeto	De manera continua	Grupo de chagas.

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 2

LUGAR: Parque Principal

EVENTO: Tamizaje_ Inauguración Casa de la Mujer

FOTO N° 1 de 2

PROVINCIA: Ubaque Cundinamarca

Fecha de toma (08/11/2025):



Observaciones:

Se apoyo a la auxiliar de enfermería Marcela Herrera en la jornada de toma de muestras y el fortalecimiento de la fase pre-analitica.

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 2

LUGAR: Parque Principal

EVENTO: Tamizaje_ Inauguración Casa de la Mujer

FOTO N° 2 de 2
Fecha de toma (08/11/2025):

PROVINCIA: Ubaque Cundinamarca



Observaciones:

Durante la jornada se socializo con el Señor Alcalde **Jhovany Garzón Aguas** las dificultades que se han tenido en la articulación con los grupos de salud pública del municipio, lo que no ha permitido tener un mayor avance en el desarrollo del programa de Chagas.

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30 jun. 22

TEMA	No. 1215 Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	07 noviembre
LUGAR	Toma de muestra Ubaque	HORA INICIO	
DEPENDENCIA QUE COORDINA		HORA FIN	

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Nº IDENTIFICACIÓN | EDAD | GÉNERO | MUNICIPIO | LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano | ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN | | |

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 01
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención a la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, las cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o cortico.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado. Las cuales regresarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o hematoma localizado. Ocasionalmente en estos casos involucra se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguno de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-8112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Ubaque 08-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Luis Andres Alonso Hernandez IDENTIFICACIÓN: 1024736060

FECHA DE NACIMIENTO (DIA/MES/AÑO): 20/06/2015 EDAD: 10 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F ___ M X

OCUPACIÓN: estudiante EPS: Nueva EPS RÉGIMEN: Subsidio TELEFONO: 3161625060

VEREDA: Santa Ana DIRECCIÓN: _____

Yo, Diana Catalina Hernandez en mi condición de Madre identificado con documento No. 1024736060, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de _____ a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su consentimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconsciencia, alteración mental), este consentimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: _____

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

_____ Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Diana C Hernandez Firma del Acudiente Nombre: Diana Catalina Hernandez Identificación Nº 1024736060	Marcelo Helmo Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación Nº 1031163025

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____
Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si deseas ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-XXX
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	VERSIÓN: 03 FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Ubaque 08-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Luis Andres Alonso Hernandez IDENTIFICACIÓN: 1072736160

FECHA DE NACIMIENTO (DMA): 02/06/2025 EDAD: 7a GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F ___ M X

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Mallamas EPS RÉGIMEN: Subsidio TELÉFONO: 3146258160

VEREDA: Santana DIRECCIÓN: _____

Yo, Diana Catalina Hernandez en mi condición de Madre identificado con documento No. 21042754 en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de _____ a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me asesore el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su consentimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconsciencia, alteración mental), este consentimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: _____

Se asegurará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En consecuencia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación N°	Firma del Acudiente Nombre Diana Catalina Hernandez Identificación N° 21042754	Firma de responsable Venopunción Nombre Marcelo Helmo Identificación N° 1031160280

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo absalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor lealo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, las cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112020.*

MUNICIPIO Y FECHA: Ubaque 8-noviembre

NOMBRE DEL PACIENTE: Sandra Milena Ramirez Pinzon IDENTIFICACIÓN: 1052022298

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 9 / 10 / 22 EDAD: 3 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: _____ EPS: Famisanar RÉGIMEN: _____ TELÉFONO: 3115119910

VEREDA: _____ DIRECCIÓN: Ubaque - Centro

Yo: Valentina Mora Garcia en mi condición de niño identificado con documento No. 1061001180, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Orina a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconsciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Orina

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación N°	Valentina Mora Firma del Acudiente Nombre Identificación N°	Marcela Herrera Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación N° LOT1630120

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTION DE LA SALUD PUBLICA	CÓDIGO: M PDS-GSP LSP-FR-406 VERSION: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo punzante o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado; los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegare a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Ubaque 8 de noviembre 2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Luz Estella Celis Montes IDENTIFICACIÓN: 1193545153

FECHA DE NACIMIENTO (DMA): 18/08/1980 EDAD: 45 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Ama de casa EPS: Nueva EPS REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3204428823

VEREDA: ___ DIRECCIÓN: ___

Yo, Luz Estella Celis Montes en mi condición de Paciente identificado con documento No. 1193545153, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Virales a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su consentimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconsciencia, alteración mental), este consentimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Virales

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Luz Celis Firma del Paciente Nombre Identificación Nº 1193545153	Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Marcela Bernal Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación Nº 1116305165

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autorice a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
Gobernación de Cundinamarca		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

OBJETIVO DE LA REUNION:	FECHA:	ACTA No.
Realizar reunión con coordinadora PIC para la gestión de casos especiales identificados relacionados a enfermedades trasmitidas por vectores (ETV) y zoonosis	07 de noviembre de 2025	026

LUGAR:	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
Plazoleta - alcaldía municipal Choachí	09:20 am	09:40 am

ORDEN DEL DÍA

1. Saludo
2. Socialización avances del programa
3. Solicitud fechas de actividades comunitarias.
4. Cierre

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Siendo las 09:20 am del día 07 de noviembre de 2025, se reunieron en las instalaciones de la plazoleta de la alcaldía municipal Liseth Riveros coordinadora del plan de intervenciones colectivas del municipio, Mayra Martínez bacterióloga, Daniela Escobar Pareja psicóloga, Julián Arrieta técnico de ETV y Bibiana Rodríguez auxiliar de toma de muestras.

Doctora Maira socializa avances del programa y las actividades que se han realizado, manifiesta que el día 08/11/2025 se contará con la presencia de un entomólogo de la secretaria de Salud para realizar visitas de campo a lo cual coordinadora PIC refiere que ella también asistirá. De igual manera doctora Mira socializa el numero de muestras para el tamizaje de la enfermedad de Chagas que se tomaron en el segundo corte.



Para un total de sesenta y tres (63) muestras para detección de enfermedad de Chagas, de las cuales cuarenta y uno (41) pertenecen a la población de mujeres de 15 a 45 años (edad fértil). Catorce (14) pertenecen a la población de niños y niñas de 6 a 14 años, siete (07) pertenecen a la población de mujeres embarazadas, uno (01) pertenece a niños y niñas menores de 5 años.

Coordinadora PIC pregunta por las fechas de entrega para las próximas entregas, doctora Maira refiere que el tercer corte es del 31/10/2025 al 14/11/2025 y el cuarto corte es del 15/11/2025 al 30/11/2025. Coordinadora PIC socializa algunas fechas de actividades próximas a realizar por parte de la alcaldía municipal.

ACTIVIDAD	FECHA
Movilizacion VIH	5/12/2025
COPACO- reunion juntas de accion comunal	por definir, se informa al grupo de WhatsApp
Entrega protesis dentales	por definir, se informa al grupo de WhatsApp
Renta ciudadana	28/11/2025

Coordinadora PIC solicita que para el día 28/11/2025 a las 9:00am asista el grupo completo a la actividad. Auxiliar de toma de muestras manifiesta que en la ejecución de la primera entrega se encontró cuatro casos de pacientes con enfermedad de Chagas captado por BAI, Según historia clínica pacientes con antecedente de enfermedad de Chagas crónica en controles, no requieren notificación al SIVIGILA.

CONCLUSIONES

Se socializa los avances del programa por parte de la coordinadora del programa

Se socializo fechas de actividades a realizarse en el mes de noviembre y diciembre por parte de la administración municipal.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Participar en la actividad de renta ciudadana programada por la alcaldía municipal	28/11/2025	Bibiana Rodríguez
Realizar reunión con coordinadora PIC, para los casos especiales identificados a las ETV y zoonosis de manera mensual.	Durante la ejecución de la concurrencia	Bibiana Rodríguez

Gobernación Cundinamarca	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

Reunion coordinadora PIC. para los planes de promocion, prevencion y control de las ETV y Zoonosis

ASISTENTES:

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
Julian Arneta	Aux ETV	HSVPF	
Martha Bibiana Rodriguez	Aux. Toma muestras	H.S.V.P.T	Martha B. Rodriguez.
Mayra Lucia Martinez M	Bacteriologia	H. SV. Pedregal	Mayra M
Daniela Esteban Parra.	Psicologa	HSVP	
Lizeth Rueles Pardo	coordinadora PIC	Alcaldia	

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 35

LUGAR: Plazoleta alcaldía municipal

EVENTO: Reunión con coordinadora PIC para los planes de promoción, prevención y control de las enfermedades trasmitidas por vectores (ETV) y zoonosis

FOTO N° 35 de 07/11/2025
Fecha de toma (día/mes/año):

PROVINCIA: de Oriente



Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS





Observaciones:

_____
_____
_____.

Gobernación de Cundinamarca	**PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL**	**Código: E – PID – FR - 004**
		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	**Fecha de Aprobación: 11/09/24**

OBJETIVO DE LA REUNION:	**FECHA:**	**ACTA No.**
Realizar proceso de sensibilización a la comunidad sobre el tamizaje para la enfermedad de Chagas	28 de octubre de 2025	022

LUGAR:	**HORA INICIO**	**HORA FINALIZACIÓN**
Centro de Salud Choachí	07:00 am	09:00 am

ORDEN DEL DÍA

1. saludo
2. ¿Qué es la enfermedad de Chagas?
3. Tamizaje para enfermedad de Chagas
4. cierre

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Siendo las 07:00 am del día 28 de octubre de 2025, la auxiliar de enfermería Bibiana Rodríguez León, encargada de la toma de muestras en su fase preanalítica en la población priorizada para el plan de interrupción de la transmisión intradomiciliaria de enfermedad de Chagas, explica que es la enfermedad, como se trasmite, signos y síntomas, como se previene y la importancia de participar en la realización del tamizaje como forma de dar un diagnóstico adecuado, precoz para poder iniciar un tratamiento oportuno que garantice tanto prevenir complicaciones y secuelas causadas por la enfermedad. Se explica que la muestra se toma con sangre, es gratis, no requiere orden médica, solo pertenecer al grupo de población beneficiada, manifestar su interés en tomarla y firmar el consentimiento informado, se realiza sensibilización a doce (12) usuarios.



Se entregan consentimientos informados a los usuarios y/o acudientes que manifiestan se desean realizar el tamizaje, se utilizan elementos de protección personal para toma de muestra.



Como resultado de la sensibilización el día de hoy se realizó la toma de muestra a diez (10) usuarios, de los cuales nueve (09) pertenecen a la población de mujeres en edad fértil de 15 a 45 años, uno (01) pertenece a población de niños y niñas de menores de 5 años. Siendo las 8:30 am se da por finalizada la sensibilización.

CONCLUSIONES

Se realiza sensibilización a doce (12) usuarios de la comunidad con el fin de crear conciencia en la autorización para la toma de la muestra a la población beneficiada del tamizaje

Se realiza tamizaje a diez (10) usuarios de la población priorizada

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Seguir capacitando a la comunidad en enfermedad de Chagas y explicando la importancia de realizarse el tamizaje para buscar la interrupción de la transmisión intradomiciliaria de enfermedad.	Durante la ejecución de la concurrencia	Bibiana Rodríguez León

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	28/10/2025
LUGAR:	Centro de Salud Chocachi	HORA INICIO:	7:00am
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	9:00am

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN																
							DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	DESMOVILIZADOS	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	SEXO	TELÉFONO	E-MAIL	FIRMA
1	Sofia Garzón	1068974123	17	F	Chocachi	Urbano	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3016782101			Sofia Garzón
2	Rosa Delia	20482566	68	F	Chocachi	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3115075094			Rosa Delia
3	Sandra Parada	1033239534	39	F	Chocachi	Urbano	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3104047854			
4	Diana Lopez	1068937142	26	F	Chocachi	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3219326229			Diana López
5	Mireya Lopez	20485215	49	F	Chocachi	Urbano	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3104647859			
6	Dora Hortúa	1068892697	34	F	Chocachi	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3103163074			
7	Deysi Goray	20384991	44	F	Chocachi	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3504362348			Deysi Goray
8	Mª Carolina Martinez	20.485.889	45	F	Mazo	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3132426485			Maria Martinez
9	Cesar Baron	1027946998	38	M	Chocachi	Centro	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3102634197			Cesar Baron
10	Karla Diaz	1003475471	21	F	Chocachi	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3223036648			Karla Diaz
11	Adela Cano	52396605	45	F	Chocachi	Centro	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3103309912			
12	Victoria Zamara Diaz	1121227988	2	F	Chocachi	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3223036648			Karla Diaz
13		/	/	/	/	/		/		/			/			/			/	/		

RESPONSABLE		GERENCIA	

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 30

LUGAR: Centro de salud Choachí

EVENTO: Sensibilización a la comunidad sobre el tamizaje de la enfermedad de Chagas

FOTO N° 30 de 28/10/2025
Fecha de toma (día/mes/año):

PROVINCIA: de Oriente







Observaciones:

_____
_____
_____.

	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
Gobernación de Cundinamarca		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

OBJETIVO DE LA REUNION:	FECHA:	ACTA No.
Realizar la toma de muestras en su fase preanalítica en la población priorizada para el plan de interrupción de la trasmisión intradomiciliaria de Enfermedad de Chagas	13 de noviembre de 2025	028

LUGAR:	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
Ese Hospital San Vicente de Paúl Fómeque		

ORDEN DEL DÍA

1. Informe sobre la toma de muestras en su fase preanalítica en la población priorizada para el plan de interrupción de la trasmisión intradomiciliaria de Enfermedad de Chagas en la ejecución de la primera entrega.
2. Resultados

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

En la ejecución del tercer corte comprendido entre el 31/10/2025 hasta el 14/11/2025 se realizo la toma de muestras en su fase preanalítica en la población priorizada para el plan de interrupción de la trasmisión intradomiciliaria de Enfermedad de Chagas por Rhodnius prolixus O muestras para identificación de casos de leishmaniasis en el municipio de Choachí.

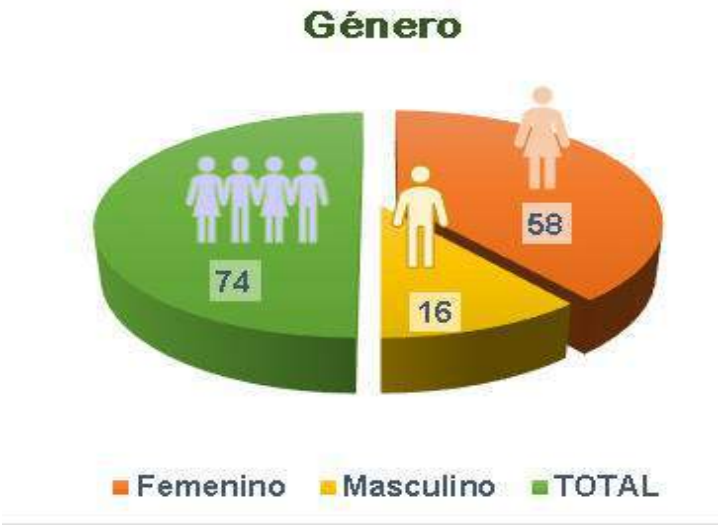
Como resultado de los procesos de sensibilización a la comunidad previos a las jornadas de tamizaje para la enfermedad de Chagas, realizados en el parque municipal con motivo de la movilización masiva contra el cáncer, centro de salud Choachí, Escuela Laureano Gómez. se obtuvieron los siguientes resultados:



Para un total de setenta y cuatro (74) muestras para detección de enfermedad de Chagas, de las cuales treinta y nueve (39) pertenecen a la población de mujeres de 15 a 45 años (edad fértil), veintiocho (28) pertenecen a la población, una (01) pertenece a la población de mujeres embarazadas, seis (06) pertenecen la población de niños y niñas menores de 5 años.



De las setenta y cuatro (74) muestras para detección de enfermedad de Chagas, se realizaron seis (06) jornadas de sensibilización previas a la toma de la muestra con los resultados: el día 28/10/2025 diez (10) muestras, el día 30/10/2025 veinte (20) muestras, el día 01/11/2025 cuatro (04) muestras, el día 08/11/2025 dieciseis (16) muestras, el día 11/11/2025 dieciseis (16) muestras, el día 12/11/2025 ocho (08) muestras.



De las setenta y cuatro (74) muestras tomadas, cincuenta y ocho (58) se tomaron a género femenino y dieciseis (16) se tomaron a genero masculino.

Se consolidan los datos de las muestras del tamizaje para deteccion de enfermedad de chagas en la ejecucion de la concurrencia:



Para un total de setenta y cuatro (74) muestras, de las cuales ciento diez (110) corresponden a la oblacion de mujeres entre 15 a 45 años (edad fertil), cuarenta y ocho (48) muestras corresponden a la poblacion de niños y niñas de 6 a 14 años, doce (12) muestras corresponden a la poblacion de mujeres embarazadas, once (11) corresponden a la poblacion de niños y niñas menores de 5 años.

EDAD POBLACION	ACUMULADO MUESTRAS TOMADAS	DISENTIMIENTOS	META	PENDIENTES
mujeres 15-45 años	110			
niños-niñas 6- 14 años	48	2	95	45
Mujeres embarazadas	12			
niños-niñas>5 Años	11		92	81
TOTAL	181	2	187	126

Se anexa tabla con la poblacion priorizada para la realizacion del tamizaje de enfermedad de chagas, donde se puede evidenciar las muestras tomadas a lo largo de la ejecucion de la concurrencia, los disentimientos, la meta y las muestras que se encuentran pendientes de toma por grupo etareo.

Se encuentra pendiente definir la meta para rastreo de mujeres de 15 a 45 años (mujeres en edad fertil.

CONCLUSIONES

Se realiza informe especificando el total de las muestras para detección de enfermedad de Chagas, tomadas en la ejecución del tercer corte y el consolidado a lo largo de la ejecución de la concurrencia, con número de muestras que se encuentra pendiente por tomar.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Realizar acta con resultados del tamizaje para detección de enfermedad de Chagas por grupo atareo.	Durante la ejecución de la concurrencia	Bibiana Rodríguez León

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	23/10/2025
LUGAR:	Centro de Salud Chocachi	HORA INICIO:	7:00am
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	9:00am

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN: DESPLAZADO	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	INDÍGENA	AFRODESCENDIENTE	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	REINTEGRADO/A	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ	MIGRANTE	SEXO	TELÉFONO	FIRMA	NOMBRE
1	Sofia Garzón	1068974173	17	F	chocachi	Urbano	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a			3016735401		Sofia Garzón
2	Desi Garzon	20384681	44	F	chocachi	Rural	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a			3504387[illegible]		Desi Garzon
3	Dora Horta	1068[illegible]57	38	F	chocachi	Rural	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a			3103163074		Dora Horta
4	Diana Lopez	1068977[illegible]	26	F	chocachi	Rural	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a			3219322629		Diana López
5	M°Carolina Martinez	20485989	45	F	chocachi	Rural	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a			3132470945		Carolina Martinez
6	Victoria Zamudio Diaz	1121127980	2	F	Chocachi	Rural	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a			3223036648		Karol Diaz
7	Karol Diaz	1003475491	24	F	Chocachi	Rural	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a			3223036648		Karol Diaz
8	Yuly Mora Diaz	1068976943	27	F	Chocachi	rural	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a			3223892581		Yuly Mora Diaz
9	Maria Rodriguez	20384890	42	F	Chocachi	rural	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a			3202437417		Maria Isabel R.
10	Eliana Rodriguez	1000244511	23	F	Chocachi	rural	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a			3123769[illegible]		Eliana Rodriguez
11																						
12																						
13																						

RESPONSABLE		GERENCIA	

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDOS-FR-052
Versión:	7
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	30/10/2025
LUGAR:	Parque Principal Chocachi	HORA INICIO:	10:00am
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	2:00pm

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN												TELEFONO	CORREO	FIRMA
							DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	INDIGENA	AFRODESCENDIENTE	NIÑEZ	PALENQUERO	ROM	RECIEN NACIDO	JEFE DE HOGAR	GESTANTE	ADULTO MAYOR			
1	Luz Daniela Perez	1066264071	25	F	chocachi	Rural	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	3022693-23	Perez0@gmail.com	Daniela
2	Gladys Estela Bayona	1068773364	37	F	Chocachi	Rural	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	3112419615		Gladys Estela Bayona
3	Erika Machecha	1006726898	28	F	chocachi	Rural	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	3155041287	Erika0418@hotmail.com	Erika Machecha
4	Rocio Rincon A.	20388709	43	F	Chocachi	Rural	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	3125502132	rocioamaya62@gmail.com	Rocio
5	Valery Carvajal D.	1068975108	13	F	Chocachi	Urbano	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	3222334006	luz29248@gmail.com	LUZ DIAZ
6	Luz Miryam Diaz	1068976666	28	F	Chocachi	Rural	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	3222334006	luz29248@gmail.com	LUZ DIAZ
7	Angel Gabriel Prieto	1068977621	5	M	Chocachi	Rural	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	3125502132	rocioamaya62@gmail.com	Rocio
8	Laidy Marcela Aya	1013649352	26	F	Chocachi	Urbano	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	3134078209		Marcela Aya
9	Karen Natalia Rodriguez	1019602556	20	F	chocachi	Urbano	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	3209830552	Rodriguezkaren0@gmail.com	Karen Rodriguez
10	Sandra Janeth Diaz	70354610	44	F	Chocachi	rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	3204505400		Sandra Diaz G
11	Yenni Gutierrez	20386602	44	F	Chocachi	Urbana	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	3107537770		Yenni Gutierrez
12	Daniela Escobar	1072082958	28	F	chocachi	Urbano	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	3133539429		Daniela Escobar
13	Jenny marcela rincon	1068926923	31	F	chocachi	urbano	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	3192031260		Jenny rincon

RESPONSABLE		GERENCIA	

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDSS-FR-053
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-23

TEMA:	No. 1215 - Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	30/10/2025
LUGAR:	Parque Principal Chocachi	HORA INICIO:	10:00am
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	2:00pm

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN														
							DESPLAZADO	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GENERO	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	REINTEGRADOS	JEFE DE HOGAR	LGBTIQ+	MIGRANTE	CARNÉ	TELEFONO	EMAIL	FIRMA
1	Diana Aguilar	1068926773	27	M	Chocachi	Urbano	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		3007497837	dfadon7@gmail	
2	IZEH RIOSV	1068876536	29	F	Chocachi	Urbano	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		3123156[illegible]	IZEHRIOSVENEGAS	IZEH RIOSV
3	Karol Vasquez	1068976969	26	F	Chocachi	Urbano	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		3114967460	karolvas@gmail	Karol
4	Marcel Gomez	20485973	44	F	chocachi	Urbano	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		3192033721	—	Marcel Gomez
5	Sarah Fuentes	1068976644	5	F	chocachi	urbano	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		3219357890	—	Yahica F.
6	Silvana Tapiero Leiva	1068973553	24	F	Chocachi	rural	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		3209054701		Silvana Tapiero
7	Heidy Valeria Rincón	1068947539	7	F	chocachi	rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		3149326[illegible]		Diana Rincón
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						

RESPONSABLE		GERENCIA	

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDSO-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1214 - Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	01/11/2025
LUGAR:	Centro de Salud Chocachi	HORA INICIO:	7:00am.
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	9:30am

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN															FIRMA
							DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	INDÍGENA	AFRODESCENDIENTE	ROM	ADULTO MAYOR	MUJER GESTANTE	HOMBRE	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	CARGO	TELEFONO	CARGO	
1	Andrea Pena	1088344...	43	F	Chocachi	Chiluste.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		3128422185		Terapeuta.
2	Lic. Yerani Mora	1007476498	29	F	Chocachi	Pegueros 454	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		3005529		Lic. Yerani Mora
3	Dora Rojas	1053775042	33	F	Chocachi	Chocachi	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		3[illegible]8358		Dora Rojas
4	Juliana Rodriguez	1007405111	22	F	Chocachi	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		3144021780		Juliana R.
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						

RESPONSABLE		GERENCIA	

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDOS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	08/11/2025
LUGAR:	Centro de Salud Chocachi	HORA INICIO:	7:00am.
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	10:00am.

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN: DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	DESPLAZADO	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	SOBRE	TELÉFONO	FIRMA	FIRMA
1	Alexandra Lopez C.	20495941	45A	F	Chocachi	Chivata	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA		3145277091		Alexandra Lopez
2	Francy Rincon	20485697	45	F	Chocachi	Alto de la Virgen	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA			3134127990		Francy Rincon
3	Santiago Torres	1071631122	10	M	Chocachi	Centro	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA			3197642565		Wendy Lopez
4	Juan Torres	1076202149	5	M	Chocachi	Centro	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA			3197642565		Wendy Lopez
5	Wendy Lopez	1071631122	29	F	Chocachi	Centro	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA			3197642565		Wendy Lopez
6	Julian Andres P	1068976613	10	M	chocachi	Rural	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA			3153588973		Sonia A
7	Sebastian Cayo	1068978165	23 Dias	M	chocachi	Rural	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA		NA			3127976916		Jeison P.
8	Monica Gomez	1068972234	21	F	chocachi	centro	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA		NA			3219337870		Monica G.
9	David Ricaurte	1023982408	13	M	Chocachi	Rural	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA		NA			3113999613		Erika Mahecha
10	Laura Mahecha	1068997697	9	f	chocachi	Rural	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA		NA			311399613		Erika Mahecha
11	Maryhan Gonzalez	1243765969	2	F	Chocachi	Centro	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA			3005578063		Leidy Pinzon
12	Leidy Pinzon	1068997232	26	F	Chocachi	Centro	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA			3005578063		Leidy Pinzon.
13	/			/		/						/							/		/	

RESPONSABLE		GERENCIA	

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDOS-FR-052
Versión	2
Fecha de aprobación	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	05/11/2025
LUGAR:	Centro de Salud Chocachi	HORA INICIO:	7:00am
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	10:00am

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN													TELÉFONO	FIRMA	HUELLA
							DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	RECIRCULADOR	JEFE DE HOGAR	LACTANTE	EMBARAZO				
1	Adriana Mª Cuervo	204885884	45 años	F	Chocachi	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		3215897888		Adriana
2	Yoyci Valentina Garay	1003790735	22 años	F	Chocachi	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		3219565716		Yoyci G.
3	Luisa Camelo	1065877258	7 años	F	Chocachi	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		3167905160		Edwin Machado
4	Yely Natalia Viejo	1003663719	22 años	F	Chocachi	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		3208132498		Yely Natalia Viejo
5	Yurdi Agudelo	1083938	20 años	F	Chocachi	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		3008		Yurdi Agudelo
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						

RESPONSABLE		GERENCIA	

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código	M-PDS-FR-052
Versión	2
Fecha de aprobación	30-jun-22

TEMA: No. 1215 - Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis

LUGAR: Colegio Ignacio Pescador- Sede. Escuela Lourdes Gómez -

DEPENDENCIA QUE COORDINA:

FECHA: 11/11/2025

HORA INICIO: 7:000m.

HORA FIN: 10:000m

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN																FIRMA
							DESPLAZADO	VICTIMA DEL CONFLICTO	HOGARES DE CUIDADO	INDÍGENA	AFRO	ROM	DISCAPACIDAD	LGTBI	MUJER GESTANTE	MUJER LACTANTE	MUJER CABEZA DE HOGAR	HOMBRE	TELÉFONO	E-MAIL	
1	Jhanselmañez Tamis Gurley	1092958519	10	F	Chocachi	centro	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	3114881573		
2	Lucena Beltran Martinez	1088977308 1088936.0	8	F	Chocachi	centro	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X	3125574 31 0.			
3	Evelin Sofia Rodriguez	1068997350	6	F	Chocachi	Centro	NO	NO	NO	N	N	NO	N	N	N	N	N	N	3203			
4	Gabriela Leon	1068977593	6	F	Chocachi	centro	NO	NO	NO	NO	NO	N	N	N	N	N	N	N	3124			
5	Osiris Gil Cano	PPT 5188197	8	F	Chocachi	Santa rosa	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	3233611409			
6	Emily Nailen Herrera Cerede	1068	10	F	Chocachi	centro	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	3			
7	Maria Jose Pardo Jurado	1068997	9	F	Chocachi	centro	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	3236012686			
8	Liam Samuel Pulido Sosa	1021693086	8	M	Chocachi	Centro	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	3186185340			
9	Oriana Isabell Saavedra Suarez.	1031848317	8	F	Chocachi	centro	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	3212305516			
10	Matheos Diaz	1068997425	7	M	Chocachi	centro														3202552940			
11	Samuel Rueros Nieto	1032500435	9	M	Chocachi	Centro														3202552940			
12	Laura Juliana Rodriguez S.	4000 2724 37.	23.	F	Chocachi	centro	NO	NO												322 230 9826			
13	Martina Pulido	1068	8	F	Chocachi	centro	NO													318 361 5414			

RESPONSABLE

GERENCIA

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co.

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	3
Fecha de aprobación:	30 jun 22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	12/11/2025
LUGAR:	Colegio Ignacio Perdomo Sede. escuela laboral Ecimet	HORA INICIO:	9:000m:
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	10:00am

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN: DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	INDIGENA	AFRODESCENDIENTE	RAIZAL	RELIGIOSO	ROM	ADULTO MAYOR	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	JOVEN	TELEFONO	E-MAIL	FIRMA
1	Andres Tdes	1013082939	11	M	Chocho	centro	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA		3183618161		
2	Samuel Valderrama	1068977996	8	M	Chocho	Centro	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA		3167954084		
3	Samuel Stiven G	1068977	135 8	M.	Chocho	Centro	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA		3128020832		
4	Jeronimo Garcia	1233905216	8	M.	Chocho	Centro	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		3138/29292		
5	Santiago Cruz	1068976.9	81	M	Chocho	cundi	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA		3215C46527		
6	Eryth Yoop L.	1070999995	8	M	Chocho	Vereda Pesquido	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA		3138287368		
7	Joel S. Gonzalez	1068977	7	M	Chocho	Centro	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA		3209		
8	Eileen Gonzalez	1068976917	9	F	Chocho	Centro	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA		3209726854		
9	Luciana Pulido	1068976802	11	F	Chocho	Centro	No													3114866891		
10																						
11																						
12																						
13																						

RESPONSABLE		GERENCIA	

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co.

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 40

LUGAR: Centro de salud Choachí-parque principal del municipio, Escuela Laureano Gómez

EVENTO: Muestra fotográfica tamizaje Para la detección de la enfermedad de Chagas

FOTO N° 40 desde el 31/10/2025 hasta el 14/11/2025
Fecha de toma (día/mes/año):

PROVINCIA: de Oriente




DE
CHAGAS
30/10/2025
Altitud:1953.0msnm
Velocidad:0.0km/h
Número de índice: 600


8/11/2025
Altitud:1968.2msnm
Velocidad:0.0km/h
Número de índice: 673


ESTACIÓN DE POLICÍA
8/11/2025
Altitud:1972.5msnm
Velocidad:0.0km/h
Número de índice: 675


11/11/2025
Altitud:1953.8msnm
Velocidad:0.0km/h
Número de índice: 692





Observaciones:

_____
_____
_____.

NUESTRO SERVICIO ES PENSANDO EN USTED

San Vicente de Paúl
FOMEQUE

Gobernación de Cundinamarca

LA SUBGERERENCIA CIENTIFICA EN CALIDAD DE SUPERVISORA DE LA CONCURRENCIA DE CHAGAS

CERTIFICA QUE:

En los municipios de Fomeque, Choachí y Ubaque, se llevan a cabo las acciones de la concurrencia de CHAGAS, donde se evidencia la actividad de:

"Apoyar al programa ETV y Zoonosis de la secretaria de salud de Cundinamarca, en el marco de las posibles contingencias relacionadas con las ETV-Zoonosis en todos los municipios inmersos en la concurrencia."

Durante la ejecución de la tercera entrega, no se obtuvo solicitud de apoyo al programa ETV y Zoonosis por parte de la secretaria de Salud de Cundinamarca para la realización de esta actividad.

Dada a los quince (15) días del mes de noviembre 2025.

DANIELA GAMBOA ALMANSA
Coordinadora salud pública HSVPF

Mayra Martinez
MAYRA LUCIA MARTÍNEZ
Coordinadora concurrencia Chagas

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**14/11/2025**

INFORMACIÓN GENERAL	
Medio de Asistencia Técnica: ☐Campo ☐Virtual ☒Oficina	
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR	
Nombres y apellidos: Martha Bibiana Rodríguez León	Cargo: Auxiliar enfermería
Correo electrónico institucional:	Teléfono: 3152470810
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)	
Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro)	
Nombre del beneficiario:	Correo electrónico
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica:	
Número total de beneficiarios:	
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Análisis base de datos búsqueda activa comunitaria	
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Realizar la búsqueda activa institucional comunitaria en la fuente de información SURVEY y las caracterizaciones de gestión del riesgo, para la enfermedad de Chagas	
ACTIVIDADES REALIZADAS	
En la ejecución de la tercera entrega de la concurrencia, comprendida en el periodo del 31/10/2025/2025 al 14/11/2025, Por medio de la búsqueda activa comunitaria (BAC) se realiza el rastreo a los casos sospechosos de enfermedad de Chagas, en este caso de la enfermedad de Chagas, la cual tiene unas características específicas de la enfermedad, se utilizan unos insumos que son: La caracterización de los usuarios que hacen las auxiliares de enfermería del municipio de Choachí desde la estrategia de atención primaria en salud (APS) con el equipo del plan de intervenciones colectivas del departamento, el plan de intervenciones colectivas del municipio, al realizar la caracterización de los hogares en los micro territorios a través de un cuestionario para obtener información sobre los integrantes de este y ser subido a la plataforma SURVEY, allí se identifican esos signos o síntomas que pueden estar presentando	

cada una de los usuarios que fueron caracterizados, se filtra y se identifica si existe algún paciente que pueda ser sugestivo de tener la enfermedad.
También se cuenta con el insumo de las caracterizaciones de gestión del riesgo que realizan los auxiliares ETV de la concurrencia, el objetivo es que ellos deben realizar retroalimentación a las auxiliares para que estas a su vez puedan realizar la intervención y verifiquen si es viable o no viable de tener la enfermedad.

Definición de caso: paciente que refiera fiebre, malestar general, cansancio, "maluquera" calentura, acompañada o no de: disnea, signos de falla cardiaca como edema en cara o miembros inferiores, cardiopatía aguda, cefalea, área inflamada enrojecida en zona de probable picadura de un insecto, inflamación bipalpebral (signo de Romaña) agrandamiento de ganglios linfáticos y signos gastrointestinales como vomito o diarrea.

síntomas de la fase aguda del Chagas
Esta fase puede presentarse con o sin síntomas. Si estos se presentan, inician en un tiempo variable de pocos días a algunas semanas después de la exposición al parásito (dependiendo del tipo de transmisión). El síntoma más frecuente es la fiebre prolongada por más de siete días, la cual puede venir acompañada de síntomas generales como: • Dolor de cabeza. • Náuseas, diarrea o vómito. • Dolor del cuerpo (específicamente en músculos, área abdominal y/o pecho). • Ganglios linfáticos grandes e inflamados. Según el tipo de transmisión, adicionalmente el paciente puede manifestar, lo siguiente: • Si la transmisión es por vía oral se puede presentar inflamación de la cara (edema facial) y, es posible que se presenten problemas cardiacos como inflamación del corazón. Si esto llega a suceder, la persona puede experimentar dificultad para respirar y palpitaciones en el pecho, manifestaciones que, si no se manejan adecuada y oportunamente, pueden poner en riesgo en corto tiempo la vida del paciente. Cuando la transmisión es por el pito o vector, se puede presentar una lesión endurecida en el sitio donde se produjo la picadura del insecto y el llamado "signo de Romaña" (Ojo inflamado en ambos parpados, que causa molestia, pero no duele). Algunos casos también pueden presentar inflamación del corazón.[1]

síntomas de la fase crónica de Chagas
Esta fase se caracteriza porque aproximadamente el 70 por ciento de las personas infectadas, que permanecen así durante toda su vida, no desarrollan síntomas. No existen pruebas de laboratorio para saber quiénes de las personas que tienen la infección por Chagas van a tener a futuro problemas cardiacos o digestivos, por eso es importante el diagnóstico temprano de la infección, y los seguimientos periódicos. Aproximadamente el 30% de las personas infectadas, desarrollan enfermedades cardiacas y en una proporción menor problemas en el sistema digestivo. Las manifestaciones clínicas más frecuentes en

[1] https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/abece-chagas.pdf

los pacientes crónicos que desarrollan enfermedad cardiaca son: • Dolor en el pecho. • Dificultad para respirar. • Palpitaciones y/o cosquilleo en el pecho
• Agotamiento o cansancio. • Mareo o desmayos. Cuando un paciente tiene problemas en el sistema digestivo a causa del parásito, se puede generar un agrandamiento del esófago (mega esófago) y /o en el colon (mega colon). Dos signos que evidencian que la persona tiene Chagas en esta parte del cuerpo son la dificultad para tragar o deglutir los alimentos y/o la dificultad para evacuar (estreñimiento crónico), que no mejoran con los tratamientos que habitualmente se manejan.[2]

Una vez revisada la base SURVEY y los insumos de las caracterizaciones de gestión del riesgo que realizan los auxiliares de ETV y según los lineamientos por parte del ministerio de salud no se encontró ningún usuario sugestivo para enfermedad de Chagas.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☐SI ☐NO

Observaciones:

Se Anexa planilla de asistencia

[2] https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/abece-chagas.pdf

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**06/11/2025**

INFORMACIÓN GENERAL	
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina	
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR	
Nombres y apellidos: Martha Bibiana Rodríguez León	Cargo: Auxiliar de enfermería
Correo electrónico institucional: bibianar1983@hotmail.com	Teléfono:3152470810
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO **(Solicitante o uno de los beneficiarios)**	
Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro) Hospital San Vicente de Paúl Fómeque	
Nombre del beneficiario: usuarios afiliados a NUEVA EPS	Correo electrónico
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Choachí Cundinamarca	
Número total de beneficiarios: 16 participantes	
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Acciones de promoción y prevención de la salud relacionadas con la enfermedad de Chagas	
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Apoyar la ejecución de acciones del programa departamental de enfermedades transmitidas por vectores (ETV) y zoonosis en el municipio de Choachí, en la prevención, promoción, atención y control, acorde con los lineamientos nacionales en la interrupción de la trasmisión intradomiciliaria de tripanosoma cruzy (pito).	
ACTIVIDADES REALIZADAS	

El día 06/11/2025 con previa solicitud a la asesora Laura Camila Rodríguez de NUEVA EPS, siendo las 8:50 am se da inicio al taller comunitario en la Sede del SENA-oficina NUEVA EPS a los usuarios allí presentes.

Se pregunta si alguien sabe ¿qué es la enfermedad de Chagas? ¿conocen al pito? A lo cual una usuaria manifiesta que un familiar tiene la enfermedad, refiere que el señor vivía en la vereda Rio Blanco y pregunta ¿cómo puede hacer para tomarse la muestra? Se explica que la secretaria de salud del departamento priorizo una población.

- ✓ Niños y niñas de 0 a 5 años
- ✓ Niños y niñas de 6 a 14 años
- ✓ Mujeres en edad fértil de 15 a 45 años
- ✓ Mujeres en estado de gestación

De acuerdo a lo anterior la señora es mayor de 45 años, se explica que si desea realizarse la muestra sanguínea debe solicitarla a su medico tratante, se manifiesta que si en su grupo familiar alguno de sus integrantes esta dentro de la población priorizada, puede acudir al centro de salud de martes a sábado en horario de 7:00am a 8:30am.

Por medio de afiche del triatomino y folleto, se explica a los usuarios que esta enfermedad no tiene vacuna y cualquier persona la puede padecer porque el vector "el pito" como todos lo conocen, vive en Choachí, por eso desde la secretaria de salud del departamento y la ESE Hospital San Vicente de Paul de Fomeque se esta realizando el tamizaje con el fin de poder detener la trasmisión intra domiciliaria de la enfermedad de Chagas.





No se cuenta, con más preguntas, siendo las 9:30am se da por finalizado el taller en el entorno comunitario

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒SI ☒NO

Observaciones:

Se Anexa planilla de asistencia

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDS-FR-012
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1235 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	6/11/2025
LUGAR:	Sede SENA - Oficina Nueva EPS	HORA INICIO:	8:500M
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	9:200m

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN: DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	DESMOVILIZADO	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	CORREO	TELÉFONO	FIRMA	HUELLA
1	Carolina Moreno	5452765	43	F	Chocontá	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A					
2	Ana Cotrino	26418/98	78	F	Chocontá	rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3115630099		
3	Natalia Rodriguez	20489326	36	F	Chocontá	rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3202490859		
4	Luis Javier Cruz	80915572	56	M	Chocontá	rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			—		
5	José Porfirio Rodriguez	2089118	76	M	Chocontá	rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			—		
6	Maria Concepcion P	20484068	56	F	Chocontá	rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3202126567		Huella Concepcion Pulido
7	Elsa Salcedo	20485	49	F	Chocontá	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3705863678		Elsa Salcedo
8	Liz Maria Castillo	51893765	38	F	Chocontá	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3238748698		Huella Liz
9	Pony Bolivar	80'39731	48	M	Ferla	rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3172230324		Pony B.
10	Luisa Rincón	20384983	41	F	Chocontá	Centro	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3108098486		Luisa Rincón
11	Ricardo Pulido	80392672	52	M	Chocontá	Centro	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3118602241		
12	Martinez Jeison	80392701	42	M.	Chocontá	Centro	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			313209 7966		Martinez J.
13	Dignatario Sabogal	20483072	67	F	Chocontá	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3146348616		Dignatario Sabogal

RESPONSABLE		GERENCIA	

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	6/11/2025
LUGAR:	Sede SENA - Oficina Nueva EPS	HORA INICIO:	8:500M
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	9:200M

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Nº IDENTIFICACIÓN | EDAD | GÉNERO | MUNICIPIO | LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano | ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN | | |

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 33

LUGAR: Sede SENA- Oficina NUEVA EPS

EVENTO: Sensibilización al entorno comunitario sobre el tamizaje de la enfermedad de Chagas

FOTO N° 33 de 06/11/2025
Fecha de toma (día/mes/año):

PROVINCIA: de Oriente




6/11/2025
Altitud:1950.6msnm
Número de índice: 630


6/11/2025
Altitud:1950.6msnm
Número de índice: 629

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS



Observaciones:

_____
_____
_____.

	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
Gobernación de Cundinamarca		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

OBJETIVO DE LA REUNION:	FECHA:	ACTA No.
Realizar proceso de sensibilización a la comunidad sobre el tamizaje para la enfermedad de Chagas	30 de octubre de 2025	023

LUGAR:	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
Parque principal Choachí-centro de salud	10:00am	02:00 pm

ORDEN DEL DÍA

1. ¿Qué es la enfermedad de Chagas?
2. Tamizaje para enfermedad de Chagas
3. Cierre

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Siendo las 10:00 am del día 30 de octubre de 2025 se realiza decoración del están en el parque principal con motivo de la movilización masiva contra el cáncer, articulada por parte PIC municipal y la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Fómeque y grupos de equipos básicos del ministerio que se encuentra en la zona rural y urbana, y el equipo de intervenciones profesionales del plan de intervenciones colectivas del municipio y los profesionales del programa departamental de ETV y Zoonosis del municipio.



Se inicia sensibilización a la comunidad asistente al parque principal a la movilización contra el cáncer, sobre la enfermedad de Chagas por medio de folletos y se explica la importancia de realizarse el tamizaje si se encuentra dentro del grupo poblacional priorizado. se realiza sensibilización a veintitrés (23) usuarios. Se entrega consentimiento informado a los usuarios y/o acudientes para su respectivo diligenciamiento, se hace uso de elementos de protección personal para toma de muestra.



Como resultado de la jornada de sensibilización se realizó la toma de veinte (20) muestras, de las cuales dieciséis (16) usuarios de la población de mujeres en edad fértil de 15 a 45 años, dos (02) usuarios de la población de niños y niñas de 6 a 14 años, dos (02) usuaria de la población de niños y niñas menores de 5 años. Siendo las 02:00 pm se termina la intervención en el parque principal del municipio.

CONCLUSIONES

Se realiza sensibilización a veintitrés (23) usuarios fin de crear conciencia en la autorización para la toma de la muestra a la población beneficiada del tamizaje

Se realiza la toma de la muestra para detección de Chagas a veinte (20) usuarios beneficiados.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Seguir capacitando a la comunidad en enfermedad de Chagas y explicando la importancia de realizarse el tamizaje para buscar la interrupción de la transmisión intradomiciliaria de enfermedad.	Durante la ejecución de la concurrencia	Bibiana Rodríguez León

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	30/10/2025
LUGAR:	Centro Salud Chocachi - Parque Principal Chocachi	HORA INICIO:	10:00am.
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	2:00 pm

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN															TELEFONO	EMAIL	FIRMA
							ORGANIZADO	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GENERO	MIGRANTE	AFROCOLOMBIANO	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	DESPLAZADO	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ	MIGRANTE	SEÑOR				
1	Luz Daniela Perez	1066269071	25	F	chocachi	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A				3132043323	perezc1@gmail.com	Daniela
2	Aracely Pardo	3000214	60	M	Chocachi	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A				3124744600	—	
3	Gabriel Prieto	80392746	41	M	Chocachi	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A				3087595585	— — —	Gabriel Prieto
4	Erika Mahecha	1007268982	38	f	chocachi	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A				3155044082	erikaeva@hotmail	Erika Mahecha
5	Sladys Estela Mojan	1068973369	37	f	Chocachi	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A				3112419615		Sladys Estela Mojan
6	Rocio Rincon	20384709	43	F	Chocachi	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A				3125922232	rocio rincon666@gmail.com	Rocio
7	Angel Gabriel Rincon	20384709	5	M	Chocachi	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A				3125502232	angelgabrielrincon666@gmail.com	Rocio
8	Valery Carvajal D.	1068973706	28	F	Chocachi	Urbano	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A				3222334006	luz.diaz2896@gmail.com	Luz Diaz
9	Luz Miryam Diaz	1068976606	28	F	Chocachi	Urbano	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A				3222334006	luz.diaz2896@gmail.com	Luz Diaz
10	Alicia Rodriguez	20384895	40	F	Chocachi	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A				3005397343	— a —	Alicia R.
11	Leidy Marcela Aya	1013685357	26	F	Chocachi	Urbano	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A				3134023284		Marcela Aya
12	Karen Rodriguez	1014608256	20	F	Chocachi	Urbano	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A				3209825	— —	Karen Rodri
13	Yenni Gutierrez	20384602	42	F	Chocachi	Urbano	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A				3107512720		Sandra Diaz G.

RESPONSABLE		GERENCIA	

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-012
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	30/10/2025
LUGAR:	Centro Salud - Parque Principal Chocachi	HORA INICIO:	10:00am.
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	2:00pm

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN														
							DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	REINTEGRADO(A)	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	SEXO	TELÉFONO	FIRMA
1	Yenni Gutierrez	20380602	44	F	Chocachi	Urbano	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3107577370	
2	Daniela Escobar	1020824959	20	F	Chocachi	Urbano	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3133504297	
3	[illegible]	1068[illegible]	31	F	chocachi	urbano	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3192051200	
4	Diana F Aguirre	1068[illegible]	27	F	chocachi	urbano	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3208[illegible]	
5	IRETH RIOS	1068[illegible]	24	F	chocachi	Urbano	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3233[illegible]	
6	Karol Baquero	1068[illegible]	26	F	Chocachi	Urbano	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3[illegible]	
7	Maricol Gomez	20485973	44	F	chocachi	urbano	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3192033713	
8	Sarah Luciana fuente	1068[illegible]	5	F	chocachi	urbano	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3219357890	
9	Eliana Tapiro Lozano	1068[illegible]	24	F	Chocachi	rural	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3209054901	
10	Heidy Valeria Rueda	1068[illegible]	7	F	chocachi	rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3219716219	
11																					
12																					
13																					

RESPONSABLE		GERENCIA	

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 31

LUGAR: Parque principal Choachí-Centro de Salud

EVENTO: Sensibilización a la comunidad sobre el tamizaje de la enfermedad de Chagas

FOTO N° 31 de 30/10/2025
Fecha de toma (día/mes/año):

PROVINCIA: de Oriente







Observaciones:

_____

_____

_____.

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: 24/10/2023

NOMBRE DEL PACIENTE: KATERYN SOFIA MARTINEZ TAPASCO IDENTIFICACIÓN: 1249963536

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 24/04/2023 EDAD: 2 años GESTANTE: SI ___ NO ___ NA x SEXO: F x M ___

OCUPACION: _____ EPS: [illegible] REGIMEN: _____ TELÉFONO: 3138662697

VEREDA: CENTRO DIRECCIÓN: _____

Yo, MARIA OFELIA TAPASCO LOAIZA en mi condición de MADRE identificado con documento No. 1068973213, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de CHAGAS a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: CHAGAS

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	maria ofelia Tapasco Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº 1068973213	Firma de responsable Venopunción Nombre Mayra Blanco Rodriguez Identificación Nº 20.354.829

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocachi 28-10-2025.

NOMBRE DEL PACIENTE: Maria Carolina Martinez Castillo IDENTIFICACIÓN: 20 485 989

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 17 / 08 /1980 EDAD: 45 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACION: Ama de casa EPS: Famisanar REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3132470865

VEREDA: Maza DIRECCIÓN: _____

Yo, Maria Carolina Martinez en mi condición de Paciente. identificado con documento No. 20 485 989, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas. a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que **todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y** clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas.

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Maria Carolina Martinez Firma del Paciente 20 485 989 Nombre Identificación Nº	_____ Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Martha Elvira Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Martha Elvira Rodriguez Identificación Nº 20 384 829

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____
Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocontá 28/10/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Diana Rocio Lopez Garzón IDENTIFICACIÓN: 1069977142

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 16/12/1998 EDAD: 26 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACION: oficios varios EPS: Famisanar REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3219326279

VEREDA: Potrerogrande DIRECCIÓN: ___

Yo, Diana Rocio Lopez Garzón en mi condición de paciente identificado con documento No. 1069977142, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultedo y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que **todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.**
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Diana Rocio Lopez Garzón Firma del Paciente Nombre Identificación Nº 1069977142	___ Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Maitha Barbara Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Maitha Barbara Rodriguez León Identificación Nº 1030643829

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

___
Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocachi Cundinamarca 28/10/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Dora Zoraima Gomez Lopez. IDENTIFICACIÓN: 20384581

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 02/05/1981 EDAD: 44 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Ama de casa. EPS: Nueva RÉGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3504362341

VEREDA: Resguardo bajo DIRECCIÓN: Sector Mata de guadua.

Yo, Dora Zoraima Gomez en mi condición de Paciente identificado con documento No. 20384581, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Dora Zoraima Gomez Firma del Paciente Nombre Identificación Nº 20384581	Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Haiko Bibiana Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Haiko Bibiana Rodriguez León Identificación Nº 20.364.529

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocontá 28 octubre 2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Dora Ines Hoita Rodriguez IDENTIFICACIÓN: 1068972653

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 30/04/89 EDAD: 36 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Hogar EPS: Compensar RÉGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3103163074

VEREDA: El Hato DIRECCIÓN: El Hato

Yo, Dora Ines Hoita en mi condición de Paciente identificado con documento No. 1068972653, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente CC 1068972653
Nombre
Identificación N°

Firma del Acudiente
Nombre
Identificación N°

Firma de responsable Venopunción
Nombre Martha Bibiana Rodriguez Leon
Identificación N° 1033454529

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406 VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocontá 28-10-25

NOMBRE DEL PACIENTE: Ana Sofía Garzón Martínez IDENTIFICACIÓN: 1068974123

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 23/02/2008 EDAD: 17 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Independiente EPS: Famisanar RÉGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3016736401

VEREDA: Centro DIRECCIÓN: Sector El Bosque

Yo, María Mercedes Garzón Martínez en mi condición de Madrina identificado con documento No. 20485235, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación N°	Mercedes Garzón Firma del Acudiente Nombre Identificación N° 20485235	Maira Bibiana Rodríguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Maira Bibiana Rodríguez Identificación N° 20.384.039

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

MUNICIPIO Y FECHA
NOMBRE DEL PACIENTE

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: 28-10-2025 Chocontá

NOMBRE DEL PACIENTE: Karol yuliana Diaz castillo IDENTIFICACIÓN: 1003475451

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 03/09/2001 EDAD: 24 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Mesera EPS: Nueva EPS RÉGIMEN: subsidiado TELÉFONO: 3223036698

VEREDA: Chivata DIRECCIÓN: _____

Yo, Karol yuliana Diaz C en mi condición de Paciente identificado con documento No. 1003475451, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Karol Diaz
Firma del Paciente
Nombre Karol yuliana
Identificación Nº 1003475451

Firma del Acudiente
Nombre
Identificación Nº

Martha Bibiana Rodriguez León
Firma de responsable Venopunción
Nombre Martha Bibiana Rodriguez
Identificación Nº 20.364.829

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocachi 2/10/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Yury Alejandra Mora Diaz IDENTIFICACIÓN: 1063976943

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 10/05/1998 EDAD: 27 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACION: Agricultora EPS: Nueva EPS REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3235792381

VEREDA: Quiroga DIRECCIÓN: _____

Yo, Yury Alejandra Mora Diaz en mi condición de Paciente identificado con documento No. 1063976943, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que **todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.**
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Yury Alejandra Mora Firma del Paciente Nombre Identificación Nº 1063976943	_____ Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Yaritza Bibiana Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Yaritza Bibiana Rodriguez L. Identificación Nº 20.364.829

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____
Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocachi 28/10/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Maria Isabel Rodriguez Barreto IDENTIFICACIÓN: 20384890

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 19 / 08 / 83 EDAD: 42 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACION: hogar EPS: Compensar REGIMEN: subsidiado TELÉFONO: 3202433417

VEREDA: Resguardo Sur DIRECCION: _____

Yo, Maria Isabel Rodriguez en mi condición de Paciente identificado con documento No. 20384890, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Maria Isabel Rodriguez Firma del Paciente Nombre Identificación Nº 20384890	_____ Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Maritza Bibiana Rodriguez Leon Firma de responsable Venopunción Nombre Maritza Bibiana Rodriguez Leon Identificación Nº 20.384.829

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____
Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chochi 28/10/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Eliana Ricaht Rodriguez Martes IDENTIFICACIÓN: 1000224671

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 28/11/2001 EDAD: 23 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACION: INDEPENDIENTE EPS: COMFACUNDI REGIMEN: CONTRIBUTIVO TELÉFONO: 3123764826

VEREDA: _____ DIRECCIÓN: CENTRO CHOCHI.

Yo, Eliana Rodriguez Martes en mi condición de PACIENTE identificado con documento No. 1000224671, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de CHAGAS a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: CHAGAS.

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

ELIANA RODRIGUEZ Firma del Paciente Nombre Identificación Nº 1000224671.	_____ Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Martha Bibiana Rodriguez leon Firma de responsable Venopunción Nombre Martha Bibiana Rodriguez León Identificación Nº 20.354.829

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____
Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocho 30/10/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Luz Daniela Perez Cardenas IDENTIFICACIÓN: 1066269071

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 07/31/2000 EDAD: 25 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Ama Casa EPS: Nueva EPS RÉGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3022093823

VEREDA: Balsadillas DIRECCIÓN: _____

Yo, Luz Daniela Perez Cardenas en mi condición de Paciente identificado con documento No. 1066269071, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Daniela Perez
Firma del Paciente
Nombre
Identificación Nº 1066269071

Firma del Acudiente
Nombre
Identificación Nº

Mallko Bibiano Rodriguez Leon
Firma de responsable Venopunción
Nombre Mallko Bibiano Rodriguez L.
Identificación Nº 20.364.629

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocontá 30/10/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Gladys Estela Alayón Amateguí IDENTIFICACIÓN: 1068973364

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 09 / 06 / 1988 EDAD: 37 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M___

OCUPACIÓN: Hogar EPS: Compensar RÉGIMEN: subsidiado TELÉFONO: 3112419619

VEREDA: Alto del Palo DIRECCIÓN: _____

Yo, Gladys Estela Alayón A en mi condición de Paciente identificado con documento No, 1068973364, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Gladys Estela Alayón A.	_____	Maitho Bibiana Rodriguez
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre Maitho Bibiana Rodriguez L.
Identificación Nº 1068973364	Identificación Nº	Identificación Nº 20.354.820

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____

Firma del paciente o Acudiente

CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocho 30/10/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Erika Malecha velasquez IDENTIFICACIÓN: 1007268947

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 22/Sep/1987 EDAD: 38 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Trabajo casa EPS: Famisanar RÉGIMEN: contributivo TELÉFONO: 3135044287

VEREDA: Resguardo Sur DIRECCIÓN: _____

Yo, Erika Malecha V en mi condición de Paciente identificado con documento No. 1007268947, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Erika Malecha V		Maitte Bibiana Rodriguez León
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre Maitte Bibiana Rodriguez L.
Identificación Nº 1007268947	Identificación Nº	Identificación Nº 20394589

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocachi 30/10/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Rocio del Pilar Rincon Agudelo IDENTIFICACIÓN: 20384709

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 26/06/82 EDAD: 43 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Hogar EPS: Nueva EPS RÉGIMEN: Subsidiado. TELÉFONO: 3125502232

VEREDA: La llanada. DIRECCIÓN: _____

Yo, Rocio del Pilar Rincon Agudelo en mi condición de paciente identificado con documento No. 20384709, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas.

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº 20'384709	Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Firma de responsable Venopunción Nombre Maitha Bibiana Rodriguez L. Identificación Nº 20.384.529

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chaachi 30/10/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Valery Yuliana Carvajal Diaz IDENTIFICACIÓN: 1068975706

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 14/08/2012 EDAD: 13 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: FamiSanar RÉGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3222334006

VEREDA: Centro DIRECCIÓN: _____

Yo, Luz Hiyam Diaz Rodriguez en mi condición de Tia identificado con documento No. 1068976606, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Luz Diaz Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº 1068976606	Martha Barbara Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Martha Barbara Rodriguez Identificación Nº 20.354.529

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocachi 30/10/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Luz Miryam Diaz Rodriguez IDENTIFICACIÓN: 1068976606

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 18/06/1997 EDAD: 28 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: oficios varios EPS: Nueva EPS RÉGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3222334006

VEREDA: Quiuza DIRECCIÓN: _____

Yo, Luz Miryam Diaz Rodriguez en mi condición de Paciente identificado con documento No. 1068976606, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Luz Diaz	_____	Martha Bibiana Rodriguez León
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre Martha Bibiana Rodriguez.
Identificación Nº 1068976606	Identificación Nº	Identificación Nº 20.354.529

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____

Firma del paciente o Acudiente

CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocontá 30/10/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Angel Gabriel Prieto Rincón IDENTIFICACIÓN: 1068977671

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 02/02/2020 EDAD: 5 años GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F ___ M X

OCUPACIÓN: _____ EPS: Nueva EPS RÉGIMEN: Subsidiado. TELÉFONO: 3125302232

VEREDA: La llanada. DIRECCIÓN: _____

Yo, Rocio del Pilar Rincón Agudelo en mi condición de Mamá identificado con documento No. 20'384.709, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas.

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

_____	_____	Martha Bibiana Rodriguez León
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre Martha Bibiana Rodriguez León
Identificación Nº	Identificación Nº 20'384.709	Identificación Nº 20.364.879

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____

Firma del paciente o Acudiente

CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocachi, 30/10/2025.

NOMBRE DEL PACIENTE: Yeani Rocio Gutierrez Olaya IDENTIFICACIÓN: 20384602

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 01 / 10 /2025 EDAD: 42 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACION: Empleada EPS: Comfacundi REGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3107597720

VEREDA: _____ DIRECCIÓN: Cra 1 # 7-628 - El Bosque

Yo, Yeani Rocio Gutierrez Olaya en mi condición de Paciente identificado con documento No. 20 384 602, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Yeani Rocio Gutierrez. Identificación Nº 20 384 602	Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Firma de responsable Venopunción Nombre Martha Bibiana Rodriguez León Identificación Nº 20 354 839

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocachi 30/01/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Karen Natalia Rodriguez Vinquez IDENTIFICACIÓN: 1019604256

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 13 / 09 / 2005 EDAD: 20 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACION: Enfermero EPS: Famisanar REGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3209870512

VEREDA: Centro DIRECCIÓN: _____

Yo, Karen Natalia Rodriguez Vinquez en mi condición de paciente identificado con documento No. 1019604256, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Karen Rodriguez Firma del Paciente Nombre Identificación N° 1019604256	_____ Firma del Acudiente Nombre Identificación N°	Saritha Bibiana Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Saritha Bibiana Rodriguez León Identificación N° 20.354.539

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____
Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autorize a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocachi 30/10/2025
NOMBRE DEL PACIENTE: Sandra Yaneth Diaz Gomez IDENTIFICACIÓN: 20384610
FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 31 / 05 /1981 EDAD: 44 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___
OCUPACION: Independiente EPS: Sura REGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3204505400
VEREDA: Centro DIRECCIÓN: Vereda Bobadillas parte baja.

Yo, Sandra Yaneth Diaz en mi condición de Paciente identificado con documento No. 20384610, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Sandra Diaz G. Firma del Paciente Nombre Sandra Yaneth. Identificación N° 20384610.	Firma del Acudiente Nombre Identificación N°	Martha Barbara Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Martha Barbara Rodriguez León Identificación N° 20 384 829

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocachi 30/10/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Alicia Rodriguez Rivera IDENTIFICACIÓN: 20384995

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 06/02/85 EDAD: 40 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACION: Hogar EPS: Famisanar REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3005391343

VEREDA: El Hato DIRECCIÓN: chocachi Vda El Hato

Yo, Alicia Rodriguez Rivera en mi condición de Paciente identificado con documento No. 20384995, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Alicia R.		Martha Bibiana Rodriguez León
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre Martha Bibiana Rodriguez L.
Identificación Nº 20384995	Identificación Nº	Identificación Nº 20.354.629

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: **TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.**

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labesalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406 VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocontá 30/10/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Jenny Marcela Cifuentes Ariza IDENTIFICACIÓN: 1068975697

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 27 / 06 / 1994 EDAD: 31 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACION: Independiente EPS: Nueva REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3192031250

VEREDA: ___ DIRECCIÓN: Cl. 4A #8-22 Barrio Chocontá

Yo, Jenny Marcela Cifuentes Ariza en mi condición de Paciente identificado con documento No. 1068975697, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Jenny Marcela Firma del Paciente Nombre 1068975697 Identificación N°	Firma del Acudiente Nombre Identificación N°	Martha Bibiana Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Martha Bibiana Rodriguez L. Identificación N° 20.394.829

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocachi 30-10-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Daniela Escobar Parra IDENTIFICACIÓN: 1020824757.

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 01 / 09 / 1997 EDAD: 28 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M___

OCUPACION: Independiente EPS: Sanitas REGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 313 333 9292

VEREDA: Casco Urbano DIRECCION: Villa Esperanza.

Yo, Daniela Escobar Parra en mi condición de Paciente identificado con documento No. 1020824757, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas.

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Daniela Escobar Parra Identificación N° 1020824757.	Firma del Acudiente Nombre Identificación N°	Firma de responsable Venopunción Nombre Maritza Bibiana Rodriguez L. Identificación N° 20.364.529

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Choachi 30/10/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Ana Maricel Gómez IDENTIFICACIÓN: 20485973

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 15/06/87 EDAD: 44 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACION: oficios varios EPS: Famisanar REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3198203373

VEREDA: ___ DIRECCIÓN: Choachi centro

Yo, Ana Maricel Gómez en mi condición de Paciente identificado con documento No. 20485973, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Ana Maricel Gómez Firma del Paciente Nombre Identificación Nº 20485973	___ Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Martha Bibiana Rodriguet León Firma de responsable Venopunción Nombre Martha Bibiana Rodriguet Identificación Nº 20.394.829

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

___
Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406 VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocachi 30/10/2025
NOMBRE DEL PACIENTE: Karol Baquero Flórez IDENTIFICACIÓN: 1068976969
FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 11 / 08 / 1998 EDAD: 26 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___
OCUPACION: Diseñadora EPS: Nueva EPS REGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3144674640
VEREDA: Chocachi DIRECCIÓN: San Carlos

Yo, Karol Dayana Baquero en mi condición de Paciente identificado con documento No. 1068976969, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Karol Baquero Firma del Paciente Nombre Karol Baquero Identificación Nº 1068976969	Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Maitte Bibiana Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Maitte Bibiana Rodriguez L Identificación Nº 20.354.529

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguinea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocachi 30/10/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Izeth Paola Rios Vitola IDENTIFICACIÓN: 1068976336

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 13 / 02 / 1996 EDAD: 29 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACION: Enfermera EPS: Famisanar REGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3123454159

VEREDA: San carlos DIRECCIÓN: C193-22 San carlos

Yo, Izeth Paola Rios Vitola en mi condición de Paciente identificado con documento No. 1068976336, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Izeth Rios Firma del Paciente Nombre Izeth Paola Rios Vitola Identificación N° 1068976336	Firma del Acudiente Nombre Identificación N°	Martha Bibiana Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre N°1 Identificación N°

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Choachí 30/octubre/25

NOMBRE DEL PACIENTE: Diana Fernanda Aguilar Díaz IDENTIFICACIÓN: 1068976773

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 20/11/1997 EDAD: 27 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Abogada EPS: Compensar RÉGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3208793898

VEREDA: ___ DIRECCIÓN: Cra 5 # 5-46

Yo, Diana Fernanda Aguilar Díaz en mi condición de paciente identificado con documento No. 1068976773, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas.

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre Diana Fernanda Aguilar	Nombre	Nombre
Identificación Nº 1068976773	Identificación Nº	Identificación Nº

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocontá 30/10/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Sarah Luciana Fuentes Hortua IDENTIFICACIÓN: 1068976644

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 19 / 11 / 2019 EDAD: 5A GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F X M ___

OCUPACION: Estudiante EPS: Famisanar REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3192033713

VEREDA: Centro DIRECCIÓN: ___

Yo, Mónica Andrea Gómez en mi condición de tia identificado con documento No. 1068972234, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación N°	Mónica G. Firma del Acudiente Nombre Identificación N° 1068972234	Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación N°

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406 VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocachi 30/10/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Heidy Valeria Rincón Lopez IDENTIFICACIÓN: 1068977531

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 31 / 10 / 2018 EDAD: 7A GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACION: Estudiante EPS: Famisanar REGIMEN: _____ TELÉFONO: 3219326179

VEREDA: Potrerogrande DIRECCIÓN: _____

Yo, Diana Rocio Lopez Garcia en mi condición de Mama identificado con documento No. 1068977142, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

_____ Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Diana Rocio Lopez Garcia Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº 1068977142	_____ Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación Nº

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____
Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocontá 30/10/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Silvana Lorena Tapasco Loaiza IDENTIFICACIÓN: 1068973553

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 19 / 12 / 2000 EDAD: 24 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACION: _____ EPS: Nueva EPS REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3209054201

VEREDA: Resguardo bajo DIRECCIÓN: _____

Yo, Cristina Johanna Tapasco en mi condición de mamá identificado con documento No. 24852413, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Firma del Acudiente Nombre 24852413 Identificación Nº	Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación Nº

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Cnoachi - 1 - 11 - 2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Lili Yurani Mella Daza IDENTIFICACIÓN: 1061796698

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 10 / 09 / 1998 EDAD: 29 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACION: Estudiante EPS: Nueva EPS REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3165503810

VEREDA: Rosario Bajo DIRECCIÓN: Detras la Policia

Yo, Lili Yurani Mella Daza en mi condición de Paciente identificado con documento No. 1061796698, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razon a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Lili Yurani Mella Daza Firma del Paciente Nombre Lili Yurani Mella Identificación N° 1061796698	Firma del Acudiente Nombre Identificación N°	Maritza Bibiana Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Maritza Bibiana Rodriguez Identificación N° 30 394 524

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocachi 01/11/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Juliana Lizeth Rodriguez Ruido IDENTIFICACIÓN: 1003475771

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A): 15/01/2003 EDAD: 22 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACION: Hogar EPS: comfacundi REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3144621184

VEREDA: Rio blanco DIRECCIÓN: _____

Yo, Juliana Rodriguez en mi condición de Paciente identificado con documento No. 1003475771, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de biosseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Juliana Rodriguez Firma del Paciente Nombre Identificación N° 1003475771	_____ Firma del Acudiente Nombre Identificación N°	Martha Bibiana Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Martha Bibiana Rodriguez L. Identificación N° 20 354 529

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____
Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406 VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocontá 01/11/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Diana Carolina Pardo Martinez IDENTIFICACIÓN: 1068975014

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 10 / 09 / 1992 EDAD: 33 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACION: Empleada EPS: Famisanar REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3336486458

VEREDA: Chocontá DIRECCIÓN: cra 3-146 Sur

Yo, Diana Carolina Pardo M. en mi condición de Paciente identificado con documento No. 1068975014, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Crasis a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Crasis

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Diana Pardo Firma del Paciente Nombre Identificación N° 1068975014	Firma del Acudiente Nombre Identificación N°	Martha Bibiana Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Martha Bibiana Rodriguez L. Identificación N° 20.394.829

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-POS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chaachi. 01-11-2025.
NOMBRE DEL PACIENTE: Andrea Liliana Peña Cubillos. IDENTIFICACIÓN: 20384674.
FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 18/10/1982 EDAD: 43. GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___
OCUPACIÓN: Hogar. EPS: Nueva EPS. REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3128922983
VEREDA: Chuaque. DIRECCIÓN: Chaachi.

Yo, Andrea Liliana Peña C. en mi condición de paciente. identificado con documento No. 20384674., en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas. a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas.

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Andrea Liliana Peña Firma del Paciente Nombre 20384674. Identificación N°	Firma del Acudiente Nombre Identificación N°	Firma de responsable Venopunción Nombre Mirna Bibiana Rodriguez Identificación N° 20.384.829

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-POS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocontá 08-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Lina Alexandra Ortega IDENTIFICACIÓN: 1002463139

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 28/11/99 EDAD: 26 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Oficios varios EPS: Nueva eps RÉGIMEN: subsidiado TELÉFONO: 3127345467

VEREDA: ___ DIRECCIÓN: Chocontá

Yo, Lina Margarita Alvarado en mi condición de paciente identificado con documento No. 1002463139, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Lina Alvarado Firma del Paciente Nombre 1002463139 Identificación N°	___ Firma del Acudiente Nombre Identificación N°	___ Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación N°

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

___
Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406 VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Choach. - 08-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Monica Andrea Gomez IDENTIFICACIÓN: 1068972234

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 14/04/2004 EDAD: 21 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACION: Aux. enfermeria EPS: Nueva EPS REGIMEN: Contributivo TELEFONO: 3219357890

VEREDA: _____ DIRECCIÓN: Choach centro

Yo, Monica Andrea Gomez en mi condición de Paciente identificado con documento No. 1068972234, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas.

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Monica G. Firma del Paciente Nombre Identificación N° 1068972234	_____ Firma del Acudiente Nombre Identificación N°	Maitha Bibiana Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre: Maitha Bibiana Rodriguez Identificación N° 20.394.829

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____
Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, las cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, las cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocontá, 8 Noviembre 2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Sebastian Danilo Chavijo Raigoso IDENTIFICACIÓN: 1068978165

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 16 / 10 / 25 EDAD: 23 años GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F ___ M X

OCUPACION: _____ EPS: Compensar REGIMEN: subsidiado TELÉFONO: 3127976411

VEREDA: Granadillo DIRECCION: _____

Yo, Yenica Juliana Raigoso Raigoso en mi condición de Madre identificado con documento No. 1003475700, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Orozco a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconsciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Orozco

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo al presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

_____ Firma del Paciente Nombre Identificación N°	Juliana Raigoso Firma del Acudiente Nombre 1068978165 Identificación N°	Martha Bibiana Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Martha Bibiana Rodriguez Identificación N° 20 384 529

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____
Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406 VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocachi 08 - 11 - 2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Julian Andres Rivera Amortegui IDENTIFICACIÓN: 1068976613

FECHA DE NACIMIENTO (DMA) 19 / 06 / 2015 EDAD: 10 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F ___ M X

OCUPACION: Estudiante EPS: Nueva EPS REGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3158667109

VEREDA: Mesa DIRECCIÓN: _____

Yo, Alexander Rivera en mi condición de Papa identificado con documento No. 1068924809, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su consentimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este consentimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas.

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación N°	Alexander R. Firma del Acudiente Nombre Identificación N° 1068974809	Martha Bibiana Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Martha Bibiana Rodriguez Identificación N° 20.354.574

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si deseas ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocho - 08-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Wendy Yuranis Lopez Gamboa IDENTIFICACIÓN: 1091631122

FECHA DE NACIMIENTO (DIA/MES/AÑO): 27/11/1995 EDAD: 29 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACION: Hogar EPS: Compensar REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3197642565

VEREDA: Centro DIRECCIÓN: _____

Yo, Wendy Yuranis Lopez Gamboa en mi condición de Paciente identificado con documento No. 1091631122, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas.

Se acelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Wendy Lopez G		Martha Bibiana Rodriguez León
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre Martha Bibiana Rodriguez
Identificación N° 1091631122	Identificación N°	Identificación N°20.354.929

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406 VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocachi 08-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Daniel Santiago Torres López IDENTIFICACIÓN: 1071631617

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 25/01/2015 EDAD: 10 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F ___ M X

OCUPACION: Estudiante EPS: Compensar REGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3197642565

VEREDA: Centro DIRECCIÓN: _____

Yo, Wendy Yuranni López Gamboa en mi condición de mamá identificado con documento No. 1071631172, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación N°	Firma del Acudiente Nombre Identificación N° 1071631172	Firma de responsable Venopunción Nombre Martha Eriana Rodriguez Identificación N° 20 354 829

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406 VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocontá 08-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Camilo Torres López IDENTIFICACIÓN: 1076202149

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 24/04/2020 EDAD: 5 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F ___ M X

OCUPACION: Estudiante EPS: Compensar REGIMEN: Contributivo TELEFONO: 3197643565

VEREDA: Centro DIRECCIÓN: _____

Yo, Wendy Yurani Lopez Gamboa en mi condición de mamá identificado con documento No. 1071631122, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación N°	Wendy López Firma del Acudiente Nombre Identificación N° 1071631122	Martha Bibiana Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Martha Bibiana Rodriguez L. Identificación N° 20.364.829

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo lepsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chaachi Noviembre 08 /25

NOMBRE DEL PACIENTE: Francy Yoana Rincón Jara IDENTIFICACIÓN: 20485.697

FECHA DE NACIMIENTO (DIA/MES/AÑO) 01/01/80 EDAD: 45 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACION: Empleada EPS: Famisanar REGIMEN: Subsidiado TELEFONO: 3134727990

VEREDA: Alto Virgen DIRECCIÓN: Cra 2 E Nº 4-31 Chaachi

Yo, Francy Yoana Rincón J en mi condición de Paciente identificado con documento No. 20485697 en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será valido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se acelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Francy Rincón Jara Firma del Paciente Nombre Identificación Nº 20485697	Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Maitha Bibiana Rodriguez Tech Firma de responsable Venopunción Nombre Maitha Bibiana Rodriguez Identificación Nº 20 364 529

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguinea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocontá 08/11/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Alexandra León Castillo IDENTIFICACIÓN: 20485941

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 30/07/1950 EDAD: 45 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Hogar EPS: Famisanar REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3115277091

VEREDA: Chivatá DIRECCIÓN: _____

Yo, Alexandra León Castillo. en mi condición de paciente identificado con documento No. 20485941, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Alexandra León C. Firma del Paciente Nombre Identificación N° 20485941	Firma del Acudiente Nombre Identificación N°	Martha Bibiana Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Martha Bibiana Rodriguez Identificación N° 20 384 829

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chaguni 08/11/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Mary Natalia Orrego Linares IDENTIFICACIÓN: 1000363919

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 13 / 09 / 2003 EDAD: 22 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Asp Policia EPS: Policia RÉGIMEN: especial TELÉFONO: 3228432488

VEREDA: Fontanada DIRECCIÓN: _____

Yo, Mary Natalia Orrego Linares en mi condición de Paciente identificado con documento No. 1000363919, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Mary Natalia Orrego Firma del Paciente Nombre Identificación N° 1000363919	_____ Firma del Acudiente Nombre Identificación N°	Nubia Ribaco Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Nubia Ribaco Rodriguez León Identificación N° 20.399.619

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____
Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406 VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chaguaní 08-11-25

NOMBRE DEL PACIENTE: Yudy Carolina Agudelo Castro IDENTIFICACIÓN: 1068972650

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 07 / 01 / 05 EDAD: 20 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Axo Baja EPS: Policía RÉGIMEN: Especial TELÉFONO: 3208693598

VEREDA: Centro DIRECCIÓN: Carrera 4 Nº 4-93

Yo, Yudy Carolina Agudelo Castro en mi condición de Paciente identificado con documento No. 1068972650, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Yudy Agudelo Firma del Paciente Nombre Identificación Nº 1068972650	_____ Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Maritza Bibiana Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Maritza Bibiana Rodriguez León Identificación Nº 20 354 579

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____

Firma del paciente o Acudiente

CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406 VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocachi 8/11/24

NOMBRE DEL PACIENTE: David Santiago Riccarte Garcia IDENTIFICACIÓN: 1063932448

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 7/04/12 EDAD: 13 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F ___ M X

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: famisanar RÉGIMEN: contributivo TELÉFONO: 3195442589

VEREDA: Resguardo Sur DIRECCIÓN: ___

Yo, Erika Mahecha Velasquez en mi condición de Madre identificado con documento No. 1007268942, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Erika Mahecha Firma del Acudiente Nombre Erika Mahecha Identificación Nº 1007268942	Paola Bibiana Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Paola Bibiana Rodriguez León Identificación Nº 20.364.829

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocontá 8/11/25

NOMBRE DEL PACIENTE: Laura Valentina Ricaurte Mahecha IDENTIFICACIÓN: 1068977007

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 8 / 11 2016 EDAD: 9 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: famisanar RÉGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3155044287

VEREDA: Resguardo Sur DIRECCIÓN: ___

Yo, Erika Mahecha Velasquez en mi condición de Madre identificado con documento No. 1068977007, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Erika Mahecha V Firma del Acudiente Nombre Erika Mahecha Identificación Nº 1007268942	Maitha Bibiana Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Maitha Bibiana Rodriguez León Identificación Nº 20.354.529

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: 06/11/2025 Chocontá

NOMBRE DEL PACIENTE: Adriana María Cuco Pardo IDENTIFICACIÓN: 20485881

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 06 / 10 / 1980 EDAD: 45 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACION: Hogar EPS: Nueva EPS REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3215852508

VEREDA: El Pilpito DIRECCIÓN: _____

Yo, Adriana María Cuco Pardo en mi condición de Paciente identificado con documento No. 20485881, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Adriana 20485881 Firma del Paciente Nombre Identificación N°	_____ Firma del Acudiente Nombre Identificación N°	Maika Ribera Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Maika Ribera Rodriguez León Identificación N° 20.394.529

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____
Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: del 1/2025 Chocachi

NOMBRE DEL PACIENTE: Karol Valentina Garay Delgadillo IDENTIFICACIÓN: CC 1000790735

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A): 02 / 09 / 2003 EDAD: 22 GESTANTE: SI X NO ___ NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACION: Estudiante EPS: Sanitas REGIMEN: subsidiado TELÉFONO: 3219866746

VEREDA: Pasui DIRECCIÓN: Resguardo Sur.

Yo, Karol Valentina Garay en mi condición de Paciente identificado con documento No. CC 1000790735, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Karol G.		Paola Bibiana Rodriguez León
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Vendpunción
Nombre Karol Valentina	Nombre	Nombre Maria Bibiana Rodriguez León
Identificación N° 1000790735	Identificación N°	Identificación N° CC 39458294

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406 VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: 08/11/2025 Chocachi

NOMBRE DEL PACIENTE: Luisa Sriyith camelo Cifuentes IDENTIFICACIÓN: 1068977371

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 07/11/2017 EDAD: 7 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Famisanar RÉGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 316 7985276

VEREDA: Rosario bajo DIRECCIÓN: Santos c/ Pino

Yo, Edwna Milena Cifuentes en mi condición de Mamá identificado con documento No. 70385083, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación N°	Edwna M cifuentes Firma del Acudiente Mama Nombre Identificación N° 70385083	Maritza Bibiana Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Maritza Bibiana Rodriguez Identificación N° 20 354 529

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Choachi 11/11/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Jhansell Mariana Torres Gutiérrez IDENTIFICACIÓN: 1092958519

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 01/06/2015 EDAD: 10 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Estudiante. EPS: Compensar RÉGIMEN: ___ TELÉFONO: 3148803579

VEREDA: Centro. DIRECCIÓN: MNZ 47 Villa Esperanza.

Yo, Maribel Gutiérrez Gutiérrez en mi condición de Mamá identificado con documento No. 27605606, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de CHAGAS. a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: CHAGAS.

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Firma del Acudiente Nombre Maribel Gutiérrez Gutiérrez Identificación Nº 27605606	Firma de responsable Venopunción Nombre Maitha Bibiana Rodriguez León Identificación Nº 20.394.829

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocachi - 11 noviembre - 2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Luciana Beltran Martinez. IDENTIFICACIÓN: 1068.977.308

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 28/07/2017 EDAD: 8 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: estudiante EPS: Famisanas RÉGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3123557316

VEREDA: Ut- San Carlos DIRECCIÓN: calle 6 Bis Sur # 38-14.

Yo, Heidy Carolina Martinez en mi condición de madre identificado con documento No. 1068.975.094, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas.

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Luciana Beltran Firma del Paciente Nombre: Luciana Beltran. Identificación N° 1068977308.	Heidy Martinez. Firma del Acudiente Nombre Heidy Martinez. Identificación N° 1068975094	Mirtha Bibiana Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Mirtha Bibiana Rodriguez León Identificación N° 20.354.529

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: 11-11-2025 Choachí

NOMBRE DEL PACIENTE: Evelin Sofía Rodríguez MAYA IDENTIFICACIÓN: 1068937550

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 30/12/2018 EDAD: 6 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Salud total RÉGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3203435382

VEREDA: Choachí Centro DIRECCIÓN: Cra 5 N -165

Yo, Yuleis María en mi condición de mamá identificado con documento No. 1076200521, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación N°	Yuleis María Firma del Acudiente Nombre 1076200521 Identificación N°	Paola Bibiana Rodríguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Paola Bibiana Rodríguez León Identificación N° 20.384.829

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocachi, 11-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: María Gabriela León Rivera IDENTIFICACIÓN: 1068977543

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 12/03/18 EDAD: 6 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Salud total RÉGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3182932498

VEREDA: Centro DIRECCIÓN: cl 7 sur # 3A 20

Yo, Clara Garzón en mi condición de Abuela identificado con documento No. 20484103, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Gabriela León Firma del Paciente Nombre Identificación Nº 1068977543	Clara Garzón Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº 20'484.103	Paula Bibiana Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Paula Bibiana Rodriguez León Identificación Nº 20.354.829

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsaluc@cundinamarca.gov.co

Gobernación de Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocachi 11-11-25

NOMBRE DEL PACIENTE: osneydi yerianny cano Guillen IDENTIFICACIÓN: 5188197 PPT

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A): 10/12/2016 EDAD: 8 años GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Nueva EPS RÉGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3203561409

VEREDA: Santa rosa DIRECCIÓN: ___

Yo, odalis del Carmen Guillen Diaz en mi condición de mamá identificado con documento No. PPT 4765388, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	odalis-G. Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº PPT 4765388	Martha Bibiana Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Martha Bibiana Rodriguez León Identificación Nº 30.354.549

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: 11 Nov 2025 Chocontá

NOMBRE DEL PACIENTE: Emily Hailen Herrera Cepeda IDENTIFICACIÓN: 1068.976.627

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 05/Jul/2015 EDAD: 10a GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: famisanar REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3172869889

VEREDA: centro DIRECCIÓN: Calle 5 # 1-88

Yo, Ana Lucia Garcia en mi condición de Abuela identificado con documento No. 52158826, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Changuas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Changuas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Ana Lucia Garcia Firma del Acudiente Nombre 52158826 Abuela Identificación Nº Ana Lucia Garcia	Martha Bibiana Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Martha Bibiana Rodriguez León Identificación Nº 20 394 579

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocontá 11/11/25

NOMBRE DEL PACIENTE: Maria Jose Pardo Varela IDENTIFICACIÓN: 1068977175

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 19/02/2019 EDAD: 5 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Famisanar RÉGIMEN: Cont. Subsidiado TELÉFONO: 3213612686

VEREDA: Centro dis#3-26 DIRECCIÓN: Calle 5 #3-26

Yo, Sandra Daniela Pardo Varela en mi condición de Hermana identificado con documento No. 1003847465, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación N°	Firma del Acudiente Nombre Sandra Daniela Pardo Identificación N° 1003847465	Firma de responsable Venopunción Nombre Maiko Bibiana Rodriguez León Identificación N° 20.394.679

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: chocontá 11 Nov. 2025.

NOMBRE DEL PACIENTE: Liam Samuel Pulido Sosa IDENTIFICACIÓN: 1021693086

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 20/07/2017 EDAD: 8 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F ___ M X

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Famisanar RÉGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 1021-3168185346

VEREDA: _____ DIRECCIÓN: Cra centro chocontá

Yo, Stiven Pulido Tomet en mi condición de Padre identificado con documento No. 1030660484 en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

_____	Stiven Pulido	Martha Bibiana Rodriguez León
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre Martha Bibiana Rodriguez León
Identificación Nº	Identificación Nº 1030660484	Identificación Nº 20.304.529

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____
Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocachi - 11 - Nov - 25

NOMBRE DEL PACIENTE: Oriana Isabell Saavedra Suarez IDENTIFICACIÓN: 1031848247

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 28/07/17 EDAD: 8 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Compensar RÉGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3212307526.

VEREDA: _____ DIRECCIÓN: Kr 3 bis No 6 Sur - 06 Piso 2.

Yo, Laura Juliana Rodriguez S. en mi condición de hermana identificado con documento No. 1000272777, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas.

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Oriana Isabell Saavedra Identificación N° TI. 1031848247	Firma del Acudiente Nombre Laura Juliana Rodriguez Identificación N° 1000272777.	Firma de responsable Venopunción Nombre Maira Alvaro Rodriguez Identificación N° 20.354.529

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406 VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: 11 - NOV - 2025 Choachí

NOMBRE DEL PACIENTE: Samuel Rivera Nieto IDENTIFICACIÓN: 1032500935

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 24 / oct / 2016 EDAD: 9 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F ___ M X

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Sura RÉGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3243300678

VEREDA: Centro DIRECCIÓN: Cra 1 #5-02

Yo, Nancy Lineth Parrado V en mi condición de Acudiente identificado con documento No. 1120006314, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Nancy Lineth Parrado Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº 1120006314	Martha Bibiana Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Martha Bibiana Rodriguez León Identificación Nº 20.384.529

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocchi - 11 - Nov - 25.
NOMBRE DEL PACIENTE: Laura Juliana Rodriguez Suarez IDENTIFICACIÓN: 1000272777
FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 04 / 10 / 2002 EDAD: 23 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___
OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Compensar RÉGIMEN: contributivo TELÉFONO: 3212301526
VEREDA: ——— DIRECCIÓN: Kr 3 bis #6 sur - 06 Piso 2.

Yo, Laura Juliana Rodriguez Suarez en mi condición de Paciente identificado con documento No. 1000272777, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas.

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Laura Juliana Firma del Paciente Nombre Laura Juliana Rodriguez S. Identificación N° 1000272777.	——— Firma del Acudiente Nombre Identificación N°	Dalba Elvira Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Dalba Elvira Rodriguez León Identificación N° 20.354.529

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

———
Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocontá 11-11-25

NOMBRE DEL PACIENTE: Martina Telles Pulido IDENTIFICACIÓN: 1016919020

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 28 / 06 / 2017 EDAD: 8 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Famisanar RÉGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3183615914

VEREDA: _____ DIRECCIÓN: Chocontá centro

Yo, Diego Alberto Flórez en mi condición de Padrastro identificado con documento No. 1068977044, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación N°	Diego Flórez Firma del Acudiente Nombre Identificación N° 1068977044	Martha Bibiana Rodríguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Martha Bibiana Rodríguez León Identificación N° 20.384.629

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocontá 11-11-25

NOMBRE DEL PACIENTE: Andres Telles Pulido IDENTIFICACIÓN: 1013020439

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 12/06/2014 EDAD: 11 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F ___ M X

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Famisanar RÉGIMEN: contributivo TELÉFONO: 3183615414

VEREDA: ___ DIRECCIÓN: chocontá centro

Yo, Diego Alberto Flórez en mi condición de Padrastro identificado con documento No. 1068977014, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Cheques a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Cheques

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Diego Flórez Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº 1068977014	Firma de responsable Venopunción Nombre Nalha Elena Rodriguez Leon Identificación Nº 20.354.629

RECHAZO LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: 11-11-2025 Chadrí

NOMBRE DEL PACIENTE: Samuel Esteban Valderrama Mora IDENTIFICACIÓN: 1068977196

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 01/04/2017 EDAD: 8 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F ___ M X

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Compensar RÉGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3167954084

VEREDA: Centro DIRECCIÓN: cra 3A 5-90 Sur Barrio San Carlos

Yo, Yury Lomary Mora R en mi condición de madre identificado con documento No. 20385061, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Yury Lomary Mora R Firma del Acudiente Nombre Yury Lomary Mora R Identificación Nº 20385061	Martha Bibiana Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Martha Bibiana Rodriguez León Identificación Nº 20.364.841

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocach: 11-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Samuel Stiven Guevara Castro IDENTIFICACIÓN: 1068977185

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 22 / 03 / 2017 EDAD: 8 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F ___ M X

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Nueva Eps RÉGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3182000832

VEREDA: Centro DIRECCIÓN: Calle 3N 5-33

Yo, Tatiana Marcela Castro en mi condición de madre identificado con documento No. 1068976368, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Tatiana Castro Firma del Acudiente Nombre 1068976368 Identificación Nº	Paula Bibiana Rodriguez León Firma de responsable Veriopunción Nombre Paula Bibiana Rodriguez León Identificación Nº 20 384 829

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406 VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: 11 MAY 2023 Chocachi

NOMBRE DEL PACIENTE: Mathias Diaz Parrado IDENTIFICACIÓN: 1068977425

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 28/01/2018 EDAD: 7 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F ___ M X

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Sanitas RÉGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3202352940

VEREDA: Centro DIRECCIÓN: Cll 4 #5-02

Yo, Nancy Jueth Parrado V en mi condición de Mamá identificado con documento No. 1120006314, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación N°	Jueth Parrado Firma del Acudiente Nombre Identificación N° 1120006314	Firma de responsable Venopunción Nombre Maritza Bibiana Rodriguez Identificación N° 20 824 829

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocachi 12-Nov-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Meyham Sophia Gonzalez Pinzón IDENTIFICACIÓN: 1243765969

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 23/8/23 EDAD: 2 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: ——— EPS: Famisanar RÉGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3005578063

VEREDA: Centro DIRECCIÓN: Cra 3 bis #5-58 Sur.

Yo, Leidy Paola Pinzón M. en mi condición de mama identificado con documento No. 1068977232., en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Cracas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: Cracas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Firma del Acudiente Nombre Leidy Pinzón Identificación Nº 1068977232	Martha Bibiana Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Martha Bibiana Rodriguez León Identificación Nº 20.354.529

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Choachi 12-Noviembre-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Leidy Paola Pinzón Martinez IDENTIFICACIÓN: 1068977232

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 11 / 5 / 1999 EDAD: 26 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Hogar EPS: Famisanar RÉGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3005578063

VEREDA: Centro DIRECCIÓN: Gr3 bis #558 Sur.

Yo, Leidy Paola Pinzón M. en mi condición de paciente identificado con documento No. 1068977232, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Leidy Paola Pinzón Identificación N° 1068977232.	Firma del Acudiente Nombre Identificación N°	Firma de responsable Venopunción Nombre Martha Bibiana Rodriguez León Identificación N° 20.354.829

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406 VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocontá 12 Nov 2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Eileen Mariana González Gómez IDENTIFICACIÓN: NUIP 1068976817

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 07/02/2016 EDAD: 9 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Famisanar REGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3209724851

VEREDA: Centro DIRECCIÓN: Calle 6 sur # 2-23

Yo, Julio Dilmer González C. en mi condición de Padre identificado con documento No. 1013618041, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Firma del Acudiente Nombre Julio Dilmer González Identificación Nº 1013618041	Firma de responsable Venopunción Nombre Maitho Bibiana Rodriguez León Identificación Nº 1 20384829

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocachi 12/11/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Joel Santiago Gonzalez Gomez IDENTIFICACIÓN: 1068977515

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 27 / 09 / 2018 EDAD: 7 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F ___ M X

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Famisanar RÉGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3209726851

VEREDA: Centro DIRECCIÓN: Clle 6 Sur # 2-23.

Yo, Julio Dilmer Gonzalez C. en mi condición de Padre identificado con documento No. 1013618011, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación N°	Firma del Acudiente Nombre Julio D Gonzalez Identificación N° 1013618011	Firma de responsable Venopunción Nombre Mallio Fabian Rodriguez L. Identificación N° 20.354.579

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocontá 12/11/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Eryth Yosep López Bermúdez IDENTIFICACIÓN: 1070989995

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 13 / 10 / 2017 EDAD: 8an GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F ___ M X

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Famisanar RÉGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3138297768

VEREDA: Resguardo bajo DIRECCIÓN: ___

Yo, Luz Angela Bermúdez Lozada en mi condición de Mamá identificado con documento No. 1.077.969.139, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

___ Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	___ Firma del Acudiente Nombre Luz Angela Bermúdez Identificación Nº 1.077.969.139	___ Firma de responsable Venopunción Nombre Martha Bibiana Rodriguez León Identificación Nº 20.364.829

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

___
Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocontá 12/11/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Santiago Cruz Rincón IDENTIFICACIÓN: 1068.976.981

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 24/08/2016 EDAD: 9 AÑOS GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F ___ M X

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Sanitas RÉGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3213696525

VEREDA: Centro DIRECCIÓN: Carrera 1 # G-02

Yo, Sandra Patricia Rincón en mi condición de Madre identificado con documento No. 20532999, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas.

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación N°	Firma del Acudiente Nombre Sandra Patricia Rincón Identificación N° 20532999	Firma de responsable Venopunción Nombre Martha Bibiana Rodriguez León Identificación N° 20.394.929

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-POS-GSP-LSP-FR-406 VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chaachi 12/11/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Jeronimo Garzón Blanco IDENTIFICACIÓN: 1.233.905.216

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 25 / 02 / 2017 EDAD: 8 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F ___ M ___

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Sanitas RÉGIMEN: _____ TELÉFONO: 3138129292

VEREDA: Centro DIRECCIÓN: Calle 8 - sur # 3-59

Yo, Ana Victoria Ondre Aguilera en mi condición de Abuelita identificado con documento No. 20483963, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Ana Victoria Ondre A. Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº 20483963	Firma de responsable Venopunción Nombre Mailin Ribero Rodriguez L. Identificación Nº 20.364.629

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Choachi 12/11/2025
NOMBRE DEL PACIENTE: Luciana Idalid Polido Martinez IDENTIFICACIÓN: 1068976 302
FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 11 / 07 / 2014 EDAD: 11 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F X M ___
OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Sanitas RÉGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 311486891
VEREDA: Choachi DIRECCIÓN: Choachi Centro

Yo, Idalid Martinez G en mi condición de Madre identificado con documento No. 52472982, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación N°	Idalid Martinez G Firma del Acudiente Nombre Identificación N° 52472982 B+9	Martha Bibiana Rodriguez León Firma de responsable Venopunción Nombre Martha Bibiana Rodriguez L. Identificación N° 20.364.829

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

objectid	FECHA_ENC	HORA_ENC	RE_ENCUES	ENCUESTAD	_ENCUESTA	NO_ENCUES	FUENTE	reaPertene
214861	05/02/202	13:25	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural
214867	05/02/202	09:52	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural
369359	07/02/2025		Lizeth lope	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
370320	12/02/2025		Lizeth lope	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
219082	14/02/202	12:28	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural
219100	14/02/202	12:39	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural
236318	14/02/202	12:21	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural
236282	22/02/202	13:17	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural
236280	22/02/202	13:21	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural
236269	22/02/202	13:28	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural
236451	10/03/202	12:24	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural
236541	10/03/202	16:57	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural
236559	10/03/202	17:24	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural
237645	10/03/202	17:16	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural
237701	10/03/202	17:08	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural
282173	22/03/202	16:06	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
282170	22/03/202	15:56	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
282163	24/04/202	11:23	Luisa Ferna	Cedula de (	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
282163	24/04/202	11:23	Luisa Ferna	Cedula de (	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
282163	24/04/202	11:23	Luisa Ferna	Cedula de (	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
282163	24/04/202	11:23	Luisa Ferna	Cedula de (	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
282218	24/04/202	10:15	Luisa Ferna	Cedula de (	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
282218	24/04/202	10:15	Luisa Ferna	Cedula de (	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
282218	24/04/202	10:15	Luisa Ferna	Cedula de (	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
282137	24/04/202	13:53	Luisa Ferna	Cedula de E	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
282137	24/04/202	13:53	Luisa Ferna	Cedula de E	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
273331	26/04/202	14:52	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural
273332	26/04/202	15:11	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
273449	26/04/202	16:30	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
273466	26/04/202	16:47	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
273500	26/04/202	17:11	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
282148	25/04/202	14:01	Luisa Ferna	Cedula de (	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
380442	25/04/2025		Lizeth lope	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
277525	26/04/202	17:17	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
277530	26/04/202	15:58	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
307202	22/05/202	17:00	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
307208	22/05/202	16:56	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
307216	22/05/202	16:48	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
307221	22/05/202	16:39	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
310819	22/05/202	16:34	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
310840	22/05/202	16:16	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
310875	22/05/202	16:12	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
310922	22/05/202	16:05	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
310946	22/05/202	15:52	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
324561	28/05/202	10:54	Yolanda Ce	Cedula de (	20384920	3.14E+09	APS-CONCl	Rural
324561	28/05/202	10:54	Yolanda Ce	Cedula de (	20384920	3.14E+09	APS-CONCl	Rural

328428	28/05/202	11:35	Luisa Ferna	Cedula de C	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
328420	28/05/202	11:32	Luisa Ferna	Cedula de C	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
328409	28/05/202	11:28	Luisa Ferna	Cedula de C	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
328405	28/05/202	11:18	Luisa Ferna	Cedula de C	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
328404	28/05/202	11:00	Luisa Ferna	Cedula de C	1.07E+10	3.15E+09	PIC-APS	Rural	Dispe
326214	03/06/2025		Lizeth lope	Cedula de C	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
327653	03/06/2025		Lizeth lope	Cedula de C	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
371814	23/06/202	15:45	Marcela Pa	Cedula de C	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
371870	23/06/202	15:39	Marcela Rc	Cedula de C	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
372028	23/06/202	15:36	Marcela Rc	Cedula de C	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
372302	23/06/202	14:15	Marcela Rc	Cedula de C	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
375588	23/06/202	14:04	Marcela Rc	Cedula de C	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
375647	23/06/202	13:56	Marcela Rc	Cedula de C	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
375636	23/06/202	14:00	Marcela Rc	Cedula de C	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
372449	25/06/202	10:52	Marcela Rc	Cedula de C	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
374229	25/06/202	11:16	Lizeth lope	Cedula de C	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
375252	25/06/202	11:23	Marcela Rc	Cedula de C	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
375288	25/06/202	10:41	Marcela Rc	Cedula de C	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
391520	25/06/202	13:59	Luisa Ferna	Cedula de C	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
391689	25/06/202	14:47	Luisa Ferna	Cedula de C	1.07E+09	3.15E+09	PIC-APS	Rural	Dispe
393144	25/06/202	13:17	Luisa Ferna	Cedula de C	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
393137	26/06/202	13:29	Luisa Ferna	Cedula de C	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
393140	26/06/202	14:11	Luisa Ferna	Cedula de C	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
393157	26/06/202	14:16	Luisa Ferna	Cedula de C	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
393162	26/06/202	14:58	Luisa Frrna	Cedula de C	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
501086	26/08/202	10:06	Marcela Rc	Cedula de C	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
501157	26/08/202	11:08	Marcela Rc	Cedula de C	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
501173	26/08/202	11:19	Marcela Rc	Cedula de C	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
501703	26/08/202	16:07	Marcela Rc	Cedula de C	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
501732	26/08/202	16:28	Marcela Rc	Cedula de C	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
505585	26/08/202	11:40	Luisa Ferna	Cedula de C	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
506242	26/08/202	17:08	Marcela Rc	Cedula de C	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
506271	26/08/202	17:04	Marcela Rc	Cedula de C	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
506301	26/08/202	16:46	Marcela Rc	Cedula de C	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
508629	26/08/202	13:06	Luisa Ferna	Cedula de C	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
508958	26/08/202	14:11	Luisa Ferna	Cedula de C	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
516094	26/08/202	16:32	Luisa Ferna	Cedula de C	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
517062	26/08/202	16:43	Luisa Ferna	Cedula de C	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
517500	26/08/202	17:25	Luisa Ferna	Cedula de C	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
517518	26/08/202	17:40	Luisa Ferna	Cedula de C	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
517540	26/08/202	18:30	Luisa Ferna	Cedula de C	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
517549	26/08/202	17:43	Luisa Ferna	Cedula de C	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
517684	26/08/202	17:50	Luisa Ferna	Cedula de C	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
517693	26/08/202	17:55	Luisa Ferna	Cedula de C	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
517704	26/08/202	17:57	Luisa Ferna	Cedula de C	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
517715	26/08/202	17:46	Luisa Ferna	Cedula de C	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
517743	26/08/202	18:03	Luisa Ferna	Cedula de C	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe

528041	26/08/202	18:24	Luisa Ferna	Cedula de (	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
528048	26/08/202	18:21	Luisa Ferna	Cedula de (	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
528078	26/08/202	18:15	Luisa Ferna	Cedula de (	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
528091	26/08/202	18:12	Luisa Ferna	Cedula de (	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
528106	26/08/202	18:09	Luisa Ferna	Cedula de (	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
528069	26/08/202	18:18	Luisa Ferna	Cedula de (	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
508654	29/08/202	14:59	Marcela Ri	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
512775	29/08/202	16:18	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
512796	29/08/202	16:09	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
512816	29/08/202	16:05	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
512820	29/08/202	15:37	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
512980	29/08/202	14:50	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
513011	29/08/202	14:46	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
512463	30/08/202	12:26	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
512470	30/08/202	12:24	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
512487	30/08/202	12:21	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
512576	30/08/202	12:07	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
565178	23/09/202	11:40	Yolanda Ce	Cedula de (	20384920	3.14E+09	APS-CONCl	Rural	
565188	23/09/202	11:46	Yolanda Ce	Cedula de (	20384920	3.14E+09	APS-CONCl	Rural	
565253	23/09/202	11:50	Yolanda Ce	Cedula de (	20384920	3.14E+09	APS-CONCl	Rural	
568335	23/09/202	10:38	Yolanda Ce	Cedula de (	20384920	3.14E+09	APS-CONCl	Rural	
568287	23/09/202	12:06	Yolanda Ce	Cedula de (	20384920	3.14E+09	APS-CONCl	Rural	
566415	25/09/202	12:42	Yolanda Ce	Cedula de (	20384920	3.14E+09	APS-CONCl	Rural	
566501	25/09/202	12:22	Yolanda Ce	Cedula de (	20384920	3.14E+09	APS-CONCl	Rural	
568298	25/09/202	10:24	Yolanda Ce	Cedula de (	20384920	3.14E+09	APS-CONCl	Rural	
568323	25/09/202	13:32	Yolanda Ce	Cedula de (	20384920	3.14E+09	APS-CONCl	Rural	
568421	25/09/202	12:35	Yolanda Ce	Cedula de (	20384920	3.14E+09	APS-CONCl	Rural	
565026	27/09/202	14:34	Yolanda Ce	Cedula de (	20384920	3.14E+09	APS-CONCl	Rural	
566213	27/09/202	16:09	Yolanda Ce	Cedula de (	20384920	3.24E+09	APS-CONCl	Rural	
566235	27/09/202	15:51	Yolanda Ce	Cedula de (	20384920	3.14E+09	APS-CONCl	Rural	
566255	27/09/202	17:05	Yolanda Ce	Cedula de (	20384920	3.14E+09	APS-CONCl	Rural	
566282	27/09/202	14:22	Yolanda Ce	Cedula de (	20384920	3.14E+09	APS-CONCl	Rural	
566345	27/09/202	14:31	Yolanda Ce	Cedula de (	20384920	3.14E+09	APS-CONCl	Rural	
566354	27/09/202	17:30	Yolanda Ce	Cedula de (	20374920	3.14E+09	APS-CONCl	Rural	
590973	27/09/202	10:38	Luisa Turri	Cedula de (	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
590959	27/09/202	10:03	Luisa Turri	Cedula de (	1.07E+09	3.15E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
560591	29/09/202	14:37	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
560613	29/09/202	14:33	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
560951	29/09/202	11:16	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-MINIS	Rural	Dispe
560967	29/09/202	10:37	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
560992	29/09/202	11:47	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
561009	29/09/202	10:25	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
561365	29/09/202	12:43	Lizeth lope	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
563432	29/09/202	12:52	Lizeth lope	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
563482	29/09/202	15:26	Lizeth lope	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
563361	30/09/202	19:20	Lizeth lope	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural	Dispe
578274	03/10/202	11:18	Yolanda Ce	Cedula de (	20384920	3.14E+09	APS-CONCl	Rural	

581987	13/10/202	14:27	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
583099	13/10/202	11:26	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
583104	13/10/202	11:31	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
583271	13/10/202	11:38	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
583288	13/10/202	11:43	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
583299	13/10/202	11:48	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
583404	13/10/202	13:11	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
583492	13/10/202	13:16	Marcela Rc	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-CONCl	Rural Dispe
607696	17/10/202	14:12	Nicol julian	Cedula de (	1.07E+09	3.21E+09	APS-MINIS	Rural Dispe
604316	24/10/202	10:31	Yeny angel	Cedula de (	1.08E+09	3.12E+09	APS-MINIS	Rural Dispe
608499	24/10/202	14:34	Kelly Johan	Cedula de (	1.09E+09	3.18E+09	APS-MINIS	Rural Dispe

Municipio	amsnm	Vereda	Provincia	ccionReside	IGO_VIVIE	tratoVivien	senciaVect	ualesVector
Choachí	1923	CHIVATE	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	CHIVATE	Oriente	251627, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	GUAZA	Oriente	Vereda guaza				
Choachí	1923	GUAZA	Oriente	Vereda guaza				
Choachí	1923	CHIVATE	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	CHIVATE	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	CHIVATE	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	CHIVATE	Oriente	251627, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	CHIVATE	Oriente	251627, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	CHIVATE	Oriente	251627, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	CHOACHI	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	CHIVATE	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	CHIVATE	Oriente	251627, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	CHIVATE	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	CHIVATE	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	EL CARRIZC	Oriente	251627, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	EL CARRIZC	Oriente	251627, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	MASA	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	MASA	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	MASA	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	MASA	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	MASA	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	MASA	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	MASA	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	MASA	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	MASA	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	CHIVATE	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	CHIVATE	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	CHIVATE	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	CHIVATE	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	CHIVATE	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	MASA	Oriente	VEREDA MASA				
Choachí	1923	BOBADILLA	Oriente	Bobadillas				
Choachí	1923	CHIVATE	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	CHIVATE	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	EL CARRIZC	Oriente	251607, Ubaque, Cundinamarca				
Choachí	1923	EL CARRIZC	Oriente	251607, Ubaque, Cundinamarca				
Choachí	1923	EL CARRIZC	Oriente	251607, Ubaque, Cundinamarca				
Choachí	1923	EL CARRIZC	Oriente	251607, Ubaque, Cundinamarca				
Choachí	1923	EL CARRIZC	Oriente	251627, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	EL CARRIZC	Oriente	251627, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	EL CARRIZC	Oriente	251627, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	EL CARRIZC	Oriente	251627, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	EL CARRIZC	Oriente	251627, Choachí, Cundinamarca				
Choachí	1923	FERRALARA	Oriente	Ferralada				
Choachí	1923	FERRALARA	Oriente	Ferralada				

Choachí	1923	MASA	Oriente	vreda Maza
Choachí	1923	MASA	Oriente	vereda Maza
Choachí	1923	MASA	Oriente	vereda Maza
Choachí	1923	MASA	Oriente	verea Maza
Choachí	1923	MASA	Oriente	Vereda Maza
Choachí	1923	BOBADILLA	Oriente	Vereda bobadillas
Choachí	1923	BOBADILLA	Oriente	Vereda bobadillas
Choachí	1923	EL CARRIZC	Oriente	251627, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	EL CARRIZC	Oriente	251627, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	EL CARRIZC	Oriente	251627, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	EL CARRIZC	Oriente	251627, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	EL CARRIZC	Oriente	251607, Ubaque, Cundinamarca
Choachí	1923	EL CARRIZC	Oriente	251607, Ubaque, Cundinamarca
Choachí	1923	EL CARRIZC	Oriente	251607, Ubaque, Cundinamarca
Choachí	1923	EL CARRIZC	Oriente	251627, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	GUAZA	Oriente	Vereda guaza
Choachí	1923	EL CARRIZC	Oriente	251627, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	EL CARRIZC	Oriente	251627, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	MASA	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	MASA	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	MASA	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	MASA	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	MASA	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	MASA	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	MASA	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	LA LLANAD	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	LA LLANAD	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	LA LLANAD	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	LA LLANAD	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	LA LLANAD	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	MASA	Oriente	Vereda Maza
Choachí	1923	LA LLANAD	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	LA LLANAD	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	LA LLANAD	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	MASA	Oriente	Vereda Maza
Choachí	1923	MASA	Oriente	Vereda Maza
Choachí	1923	MASA	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	MASA	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	MASA	Oriente	Vereda Maza
Choachí	1923	MASA	Oriente	Vereda Maza
Choachí	1923	MASA	Oriente	Vereda Maza
Choachí	1923	MASA	Oriente	Vereda Maza
Choachí	1923	MASA	Oriente	Vereda Maza
Choachí	1923	MASA	Oriente	Vereda Maza
Choachí	1923	MASA	Oriente	Vereda Maza
Choachí	1923	MASA	Oriente	Vereda Maza
Choachí	1923	MASA	Oriente	Vereda Maza

Choachí	1923	MASA	Oriente	Vereda Maza
Choachí	1923	MASA	Oriente	Vereda Maza
Choachí	1923	MASA	Oriente	Vereda Maza
Choachí	1923	MASA	Oriente	Vereda Maza
Choachí	1923	MASA	Oriente	Vereda Maza
Choachí	1923	MASA	Oriente	Vereda Maza
Choachí	1923	EL CARRIZC	Oriente	251627, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	EL CARRIZC	Oriente	251607, Ubaque, Cundinamarca
Choachí	1923	EL CARRIZC	Oriente	251607, Ubaque, Cundinamarca
Choachí	1923	EL CARRIZC	Oriente	251627, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	EL CARRIZC	Oriente	251627, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	EL CARRIZC	Oriente	251627, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	EL CARRIZC	Oriente	251627, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	LA LLANAD	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	LA LLANAD	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	LA LLANAD	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	LA LLANAD	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	FERRALARA	Oriente	Ferralarada
Choachí	1923	FERRALARA	Oriente	Ferralarada
Choachí	1923	FERRALARA	Oriente	Ferraralada
Choachí	1923	FERRALARA	Oriente	Ferralarada
Choachí	1923	FERRALARA	Oriente	Ferralarada
Choachí	1923	FERRALARA	Oriente	Ferralarada
Choachí	1923	FERRALARA	Oriente	Ferralarada
Choachí	1923	FERRALARA	Oriente	Ferralarada
Choachí	1923	FERRALARA	Oriente	Ferralarada
Choachí	1923	FERRALARA	Oriente	Ferralada
Choachí	1923	FERRALARA	Oriente	Ferralarada
Choachí	1923	FERRALARA	Oriente	Ferralarada
Choachí	1923	FERRALARA	Oriente	Ferralarada
Choachí	1923	FERRALARA	Oriente	Ferralarada
Choachí	1923	FERRALARA	Oriente	Ferraralada
Choachí	1923	FERRALARA	Oriente	Ferralarada
Choachí	1923	FERRALARA	Oriente	Ferralarada
Choachí	1923	MASA	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	MASA	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	LA LLANAD	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	LA LLANAD	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	LA LLANAD	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	LA LLANAD	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	LA LLANAD	Oriente	251628, Choachí, CundinamarcaArcenia
Choachí	1923	LA LLANAD	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	BOBADILLA	Oriente	Villanueva
Choachí	1923	BOBADILLA	Oriente	Villanueva
Choachí	1923	BOBADILLA	Oriente	Villanueva
Choachí	1923	BOBADILLA	Oriente	Vereda villanueva
Choachí	1923	FERRALARA	Oriente	Ferralarada

Choachí	1923	LA LLANAD	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	LA LLANAD	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	LA LLANAD	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	LA LLANAD	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	LA LLANAD	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	LA LLANAD	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	LA LLANAD	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	LA LLANAD	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	EL CURI	Oriente	251627, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	AGUADULC	Oriente	Bogota-Choachi, Choachí, Cundinamarca
Choachí	1923	GRANADILL	Oriente	251628, Choachí, Cundinamarca

otalHogare	ogCaracter	RestHogare	ipoVivienda	umeroCuart	Toldillo	DANE_Mun	epartamen	dDANEdpt

CoordX	CoordY	tipo_visita	viciosPubli	ervAdicioVi	NumPD	acinamient	MatParedes	MatPiso
-73.9054	4.53433	SEGUIMIENTO						
-73.909	4.533895	SEGUIMIENTO						
-73.9426	4.51571	SEGUIMIENTO						
-73.9224	4.512653	SEGUIMIENTO						
-73.906	4.535177	SEGUIMIENTO						
-73.906	4.535198	SEGUIMIENTO						
-73.907	4.535878	SEGUIMIENTO						
-73.9163	4.523754	SEGUIMIENTO						
-73.9098	4.530138	SEGUIMIENTO						
-73.9098	4.530155	SEGUIMIENTO						
-73.9027	4.532362	SEGUIMIENTO						
-73.9046	4.534023	SEGUIMIENTO						
-73.9087	4.533912	SEGUIMIENTO						
-73.9079	4.534228	SEGUIMIENTO						
-73.9071	4.535895	SEGUIMIENTO						
-73.9299	4.511058	SEGUIMIENTO						
-73.9289	4.510577	SEGUIMIENTO						
-73.8946	4.571347	SEGUIMIENTO						
-73.8946	4.571347	SEGUIMIENTO						
-73.8946	4.571347	SEGUIMIENTO						
-73.8946	4.571347	SEGUIMIENTO						
-73.8975	4.568923	SEGUIMIENTO						
-73.8975	4.568923	SEGUIMIENTO						
-73.8975	4.568923	SEGUIMIENTO						
-73.8886	4.573407	SEGUIMIENTO						
-73.8886	4.573407	SEGUIMIENTO						
-73.902	4.530063	SEGUIMIENTO						
-73.9019	4.530072	SEGUIMIENTO						
-73.9064	4.53133	SEGUIMIENTO						
-73.9064	4.53127	SEGUIMIENTO						
-73.9064	4.531242	SEGUIMIENTO						
-73.8997	4.573537	SEGUIMIENTO						
-73.9363	4.508143	SEGUIMIENTO						
-73.9064	4.531243	SEGUIMIENTO						
-73.906	4.53218	SEGUIMIENTO						
-73.9239	4.506297	SEGUIMIENTO						
-73.9239	4.506727	SEGUIMIENTO						
-73.924	4.50668	SEGUIMIENTO						
-73.9237	4.507137	SEGUIMIENTO						
-73.9249	4.50826	SEGUIMIENTO						
-73.9277	4.508292	SEGUIMIENTO						
-73.9277	4.508308	SEGUIMIENTO						
-73.9277	4.508277	SEGUIMIENTO						
-73.9285	4.510352	SEGUIMIENTO						
-73.9099	4.552627	SEGUIMIENTO						
-73.9099	4.552627	SEGUIMIENTO						

-73.8847	4.462555	SEGUIMIENTO
-73.8847	4.462562	SEGUIMIENTO
-73.8847	4.462557	SEGUIMIENTO
-73.8847	4.462557	SEGUIMIENTO
-73.8847	4.462572	SEGUIMIENTO
-73.9239	4.524872	SEGUIMIENTO
-73.9239	4.524843	SEGUIMIENTO
-73.9282	4.513415	SEGUIMIENTO
-73.9282	4.513472	SEGUIMIENTO
-73.9284	4.513438	SEGUIMIENTO
-73.9267	4.509183	SEGUIMIENTO
-73.9238	4.506818	SEGUIMIENTO
-73.9237	4.506885	SEGUIMIENTO
-73.9236	4.506847	SEGUIMIENTO
-73.9312	4.50959	SEGUIMIENTO
-73.9231	4.513052	SEGUIMIENTO
-73.9297	4.515242	SEGUIMIENTO
-73.931	4.510948	SEGUIMIENTO
-73.9064	4.57199	SEGUIMIENTO
-73.9065	4.571892	SEGUIMIENTO
-73.9057	4.571425	SEGUIMIENTO
-73.9026	4.572912	SEGUIMIENTO
-73.9077	4.570993	SEGUIMIENTO
-73.9073	4.569327	SEGUIMIENTO
-73.9097	4.561258	SEGUIMIENTO
-73.9086	4.588232	SEGUIMIENTO
-73.9084	4.58899	SEGUIMIENTO
-73.9085	4.588995	SEGUIMIENTO
-73.9076	4.587322	SEGUIMIENTO
-73.9078	4.587183	SEGUIMIENTO
-73.8972	4.573038	SEGUIMIENTO
-73.908	4.58577	SEGUIMIENTO
-73.908	4.585628	SEGUIMIENTO
-73.9078	4.586615	SEGUIMIENTO
-73.8889	4.573318	SEGUIMIENTO
-73.8943	4.57483	SEGUIMIENTO
-73.9011	4.565745	SEGUIMIENTO
-73.901	4.565975	SEGUIMIENTO
-73.9033	4.567572	SEGUIMIENTO
-73.9031	4.567522	SEGUIMIENTO
-73.9081	4.564825	SEGUIMIENTO
-73.9028	4.56734	SEGUIMIENTO
-73.9062	4.566307	SEGUIMIENTO
-73.9064	4.566425	SEGUIMIENTO
-73.9063	4.566327	SEGUIMIENTO
-73.9061	4.565842	SEGUIMIENTO
-73.9062	4.566327	SEGUIMIENTO

-73.9062	4.56629	SEGUIMIENTO
-73.9062	4.566337	SEGUIMIENTO
-73.9063	4.566307	SEGUIMIENTO
-73.9063	4.566272	SEGUIMIENTO
-73.9063	4.566288	SEGUIMIENTO
-73.9062	4.566302	SEGUIMIENTO
-73.9285	4.510303	SEGUIMIENTO
-73.9232	4.507113	SEGUIMIENTO
-73.9233	4.507148	SEGUIMIENTO
-73.9243	4.507423	SEGUIMIENTO
-73.9278	4.510168	SEGUIMIENTO
-73.9304	4.511462	SEGUIMIENTO
-73.9307	4.511545	SEGUIMIENTO
-73.9124	4.578775	SEGUIMIENTO
-73.9125	4.578767	SEGUIMIENTO
-73.9124	4.578765	SEGUIMIENTO
-73.9122	4.578752	SEGUIMIENTO
-73.9016	4.56342	SEGUIMIENTO
-73.9018	4.5637	SEGUIMIENTO
-73.9018	4.56371	SEGUIMIENTO
-73.9016	4.56338	SEGUIMIENTO
-73.9016	4.563488	SEGUIMIENTO
-73.9027	4.562537	SEGUIMIENTO
-73.9017	4.562857	SEGUIMIENTO
-73.9016	4.562857	SEGUIMIENTO
-73.9017	4.562707	SEGUIMIENTO
-73.9027	4.562537	SEGUIMIENTO
-73.9057	4.558258	SEGUIMIENTO
-73.9027	4.562545	SEGUIMIENTO
-73.9027	4.56254	SEGUIMIENTO
-73.9042	4.557797	SEGUIMIENTO
-73.9051	4.557822	SEGUIMIENTO
-73.905	4.557615	SEGUIMIENTO
-73.9028	4.562395	SEGUIMIENTO
-73.8997	4.573537	SEGUIMIENTO
-73.8996	4.570617	SEGUIMIENTO
-73.9079	4.587303	SEGUIMIENTO
-73.9081	4.587278	SEGUIMIENTO
-73.9093	4.590942	SEGUIMIENTO
-73.9091	4.591875	SEGUIMIENTO
-73.9094	4.59104	SEGUIMIENTO
-73.908	4.59116	SEGUIMIENTO
-73.9663	4.564064	SEGUIMIENTO
-73.9435	4.556702	SEGUIMIENTO
-73.9663	4.564064	SEGUIMIENTO
-73.9239	4.524856	SEGUIMIENTO
-73.9031	4.562127	SEGUIMIENTO

-73.9089	4.585048	SEGUIMIENTO
-73.9051	4.59061	SEGUIMIENTO
-73.905	4.590483	SEGUIMIENTO
-73.905	4.59046	SEGUIMIENTO
-73.905	4.58989	SEGUIMIENTO
-73.9049	4.589708	SEGUIMIENTO
-73.9062	4.586967	SEGUIMIENTO
-73.9067	4.586132	SEGUIMIENTO
-73.9485	4.582036	SEGUIMIENTO
-73.971	4.56017	SEGUIMIENTO
-73.8929	4.538452	SEGUIMIENTO

MatTecho	SitiosIntere	Energia_coc	CocSepDorm	CriaVectore	LugarCerca	ActEconViv	Anim_Viv	ual_AnimV

as_Agua_C	DispExcret	isDispAgua	DispFinRS	bservacion	GO_PERSO	CoordX3	CoordY3	_Nombre_
					20483786	-73.9054	4.53433	Ana
					80391401	-73.909	4.533895	Carlos
					106897646	-73.9426	4.51571	Diana
					51959620	-73.9224	4.512653	Leonor
					39758543	-73.906	4.535177	Griselda
					3000237	-73.906	4.535198	Jose
					20484319	-73.907	4.535878	Ana
					60302896	-73.9163	4.523754	Alicia
					106897365	-73.9098	4.530138	Irene
					5600102	-73.9098	4.530155	Florentino
					35220271	-73.9027	4.532362	Sandra
					2999863	-73.9046	4.534023	Gustavo
					106897447	-73.9087	4.533912	Andrea
					20483993	-73.9079	4.534228	Martha
					19313430	-73.9071	4.535895	Miguel
					106897491	-73.9299	4.511058	Leidy
					106897496	-73.9289	4.510577	Johan
					106897664	-73.8946	4.571347	JULIAN
					106897596	-73.8946	4.571347	JHANA
					106897459	-73.8946	4.571347	YENY
					80391529	-73.8946	4.571347	JULIO
					106897689	-73.8975	4.568923	YOJAN
					106897649	-73.8975	4.568923	NELLY
					20485316	-73.8975	4.568923	CLARA
					20483390	-73.8886	4.573407	MARIA
					80390158	-73.8886	4.573407	CARLOS
					10346330	-73.902	4.530063	Greimary
					10344350	-73.9019	4.530072	Greider
					119308579	-73.9064	4.53133	Berlides
					106728936	-73.9064	4.53127	Luis
					104051928	-73.9064	4.531242	Cesar
					20481896	-73.8997	4.573537	CARMEN
					51959620	-73.9363	4.508143	Leonor
					104052196	-73.9064	4.531243	Kevin
					80392678	-73.906	4.53218	Abel
					106897373	-73.9239	4.506297	Maikol
					2999549	-73.9239	4.506727	Jose
					20482690	-73.924	4.50668	Maria
					80392455	-73.9237	4.507137	Luis
					2999370	-73.9249	4.50826	Luis
					106897493	-73.9277	4.508292	Lida
					106897659	-73.9277	4.508308	Sharith
					80392400	-73.9277	4.508277	Pedro
					112122798	-73.9285	4.510352	Victoria
					106897545	-73.9099	4.552627	Yuliana
					106897714	-73.9099	4.552627	Karla

17445574	-73.8847	4.462555	Jose
20482871	-73.8847	4.462562	Maria
80391287	-73.8847	4.462557	Hector
20481883	-73.8847	4.462557	BLANCA
41456321	-73.8847	4.462572	ROSA
20438391	-73.9239	4.524872	Gladis
106897584	-73.9239	4.524843	Deisy
124029222	-73.9282	4.513415	Rafael
104314565	-73.9282	4.513472	Elizabeth
104348933	-73.9284	4.513438	Daniel
20483821	-73.9267	4.509183	Maria Glori
2999549	-73.9238	4.506818	Jose
106897373	-73.9237	4.506885	Maicol
20482690	-73.9236	4.506847	Maria
2998305	-73.9312	4.50959	Guillermo
20166135	-73.9231	4.513052	Julia
20483110	-73.9297	4.515242	Gloria
20484904	-73.931	4.510948	Rosa
106897333	-73.9064	4.57199	Dehibi
63276681	-73.9065	4.571892	Luz
20480624	-73.9057	4.571425	Maria
80391040	-73.9026	4.572912	Jesus
51908650	-73.9077	4.570993	Claudia
20482871	-73.9073	4.569327	Maria
2999761	-73.9097	4.561258	Angel
106897528	-73.9086	4.588232	Sergio
20384709	-73.9084	4.58899	Rocio
80392846	-73.9085	4.588995	Gabriel
2999414	-73.9076	4.587322	Miguel
20483491	-73.9078	4.587183	Margarita
20483497	-73.8972	4.573038	Blanca
20482259	-73.908	4.58577	Carmen
106897759	-73.908	4.585628	Alejandro
100347566	-73.9078	4.586615	Karol
106897558	-73.8889	4.573318	Lilia
106897459	-73.8943	4.57483	Yenni
80392941	-73.9011	4.565745	Ruben
20384658	-73.901	4.565975	Elizabeth
2998464	-73.9033	4.567572	Julio
20482822	-73.9031	4.567522	Josefina
20481997	-73.9081	4.564825	Ana
52617032	-73.9028	4.56734	Julia
20484988	-73.9062	4.566307	Ana
20483933	-73.9064	4.566425	Rosa
106897224	-73.9063	4.566327	Angie
413755548	-73.9061	4.565842	Rosalba
80390187	-73.9062	4.566327	Orlando

2999586	-73.9062	4.56629	Jorge
20484778	-73.9062	4.566337	Luz
2998696	-73.9063	4.566307	Angel
29983305	-73.9063	4.566272	Jose
2999944	-73.9063	4.566288	Ruperto
20484378	-73.9062	4.566302	Maria
81753051	-73.9285	4.510303	Edgar
105374402	-73.9232	4.507113	Prisila
103312496	-73.9233	4.507148	Emily
103312239	-73.9243	4.507423	Luna
19293380	-73.9278	4.510168	Silvio
20385058	-73.9304	4.511462	Hilda
80392212	-73.9307	4.511545	Luis
106897275	-73.9124	4.578775	Andres
80391987	-73.9125	4.578767	Jose
20485905	-73.9124	4.578765	Nidia
106897474	-73.9122	4.578752	Brayan
20483831	-73.9016	4.56342	Stella
2999821	-73.9018	4.5637	Carlos
3000422	-73.9018	4.56371	Luis
106897555	-73.9016	4.56338	Derly
2999665	-73.9016	4.563488	Jesus
102996673	-73.9027	4.562537	Dilan
106897343	-73.9017	4.562857	Manuel
80390222	-73.9016	4.562857	Jose
2998519	-73.9017	4.562707	Luis
60266250	-73.9027	4.562537	Marcela
80390589	-73.9057	4.558258	Ramon
20482795	-73.9027	4.562545	Margarita
2998103	-73.9027	4.56254	Angel
20484476	-73.9042	4.557797	Flor
20479722	-73.9051	4.557822	Maria
2393175	-73.905	4.557615	Pedro
20481624	-73.9028	4.562395	Anita
2998705	-73.8997	4.573537	Jose
20483205	-73.8996	4.570617	Ana
106897796	-73.9079	4.587303	Mathias
106897344	-73.9081	4.587278	Angela
219710	-73.9093	4.590942	Marcelino
2998664	-73.9091	4.591875	Lisandro
20480603	-73.9094	4.59104	Arcenia
109740809	-73.908	4.59116	John
20485690	-73.9663	4.564064	Rosa
80391174	-73.9435	4.556702	Victor
106897377	-73.9663	4.564064	Claudia
80391519	-73.9239	4.524856	Victor
20483462	-73.9031	4.562127	Ana

19163140	-73.9089	4.585048	Alberto
106897336	-73.9051	4.59061	Gladys
108697733	-73.905	4.590483	Samuel
123393318	-73.905	4.59046	Manuel
2990838	-73.905	4.58989	Angel
80390459	-73.9049	4.589708	Jesus
6011302	-73.9062	4.586967	Guillermo
106897585	-73.9067	4.586132	Yulieth
106975104	-73.9485	4.582036	Edwin
17174280	-73.971	4.56017	Rafael
220987	-73.8929	4.538452	Hector

s_Nombre_	_Apellido_	s_Apellido_	Identificaci	Pais_s	roIdentifica	fono_perso	aNacimien	edad_dias_
Maria	Vega	Hernandez	Cedula de Ciudadania		20483786	314280436	########	26872
Eduardo	Ramirez	Castillo	Cedula de Ciudadania		80391401	322701737	########	20658
Paola	Hernandez	Maecha	Cedula de Ciudadania		1.07E+09	319571892	########	10232
	Maecha	Maldonadc	Cedula de Ciudadania		51959620	320240057	########	23012
	Rozo	Rey	Cedula de Ciudadania		39758543	313379171	########	19856
Angelo	Ramos	Castillo	Cedula de Ciudadania		3000237	313379171	########	22194
Lucia	Rodriguez	Rodriguez	Cedula de Ciudadania		20484319	000000000	########	19996
	Rueda	Rodriguez	Cedula de Ciudadania		60302896	315654731	########	18624
	Duarte	Rueda	Cedula de Ciudadania		1.07E+09	315867419	########	6521
	Duarte	Vargas	Cedula de Ciudadania		5600102	311276531	########	23024
Milena	Cifuentes	Chavez	Cedula de Ciudadania		35220271	313383752	########	17785
	Vega	Hernandez	Cedula de Ciudadania		2999863	302242498	########	23549
Liliana	Peña	Cubillos	Cedula de Ciudadania		1.07E+09	320902605	########	15484
Lucia	Peña	Amortegui	Cedula de Ciudadania		20483993	318621526	########	20768
Ramiro	Betancour	Guevara	Cedula de Ciudadania		19313430	318621526	########	25349
Paola	Limas	Prieto	Cedula de Ciudadania		1.07E+09	312450479	########	11992
Sneider	Guevara	Limas	Tarjeta de Identidad		1.07E+09	312450479	########	5361
YESID	RODRIGUE	CUBILLOS	Tarjeta de Identidad		1.07E+09	322746004	########	3561
YISEL	RODRIGUE	CUBILLOS	Tarjeta de Identidad		1.07E+09	322746004	########	4320
BIBIANA	CUBILLOS	GUTIERREZ	Cedula de Ciudadania		1.07E+09	322746004	########	12341
HERNANDO	RODRIGUE	PARDO	Cedula de Ciudadania		80391529	322746004	########	17897
ANDREY	SABOGAL	MARTINEZ	Registro Civil		1.07E+09	320890580	########	1048
JHOANA	RODRIGUE	MARTINEZ	Cedula de Ciudadania		1.07E+09	320890580	########	10372
EVELIA	RODRIGUE	NOVOA	Cedula de Ciudadania		20485316	320890580	########	19827
BARBARITA	RODRIGUE	RIVERA	Cedula de Ciudadania		20483390	323246797	########	22735
LEONEL	ROA	MORA	Cedula de Ciudadania		80390158	323246797	########	26571
Camila	Moreno	Linares	Document	VE	10346330	301326832	########	1841
Josue	Moreno	Linares	Document	VE	10344350	301326832	########	977
Del carmer	Suarez	Suarez	Cedula de Ciudadania		1.19E+09	304534374	########	12876
Miguel	Muslaco	Suarez	Tarjeta de Identidad		1.07E+09	320902605	########	5067
Andres	Rios	Suarez	Tarjeta de Identidad		1.04E+09	304534374	########	2925
	ALAYON	DE AMORT	Cedula de Ciudadania		20481896	313229889	########	27747
	Maecha	Maldonadc	Cedula de Ciudadania		51959620	320240057	########	23084
Manuel	Rios	Suares	Registro Civil		1.04E+09	304534374	########	2041
Mauricio	Diaz	Rios	Cedula de Ciudadania		80392678	311583358	########	15987
Giovany	Meza	Gomez	Tarjeta de Identidad		1.07E+09	311810216	########	6554
Miguel	Meza	Rincon	Cedula de Ciudadania		2999549	322435873	########	26318
Teresa	Lombana	Meza	Cedula de Ciudadania		20482690	320902605	########	25775
Enrique	Meza	Lombana	Cedula de Ciudadania		80392455	311810216	########	16087
Alberto	Mesa	Lombana	Cedula de Ciudadania		2999370	320358517	########	25217
Constanza	Sabogal	Fuentes	Cedula de Ciudadania		1.07E+09	320902605	########	12090
Yiselle	Lombana	Sabogal	Tarjeta de Identidad		1.07E+09	320902605	########	3649
Josue	Lombana	Cifuentes	Cedula de Ciudadania		80392400	320902605	########	15869
	Zambrano	Diaz	Cedula de Ciudadania		1.12E+09	320902605	########	707
	Rodriguez	Mora	Cedula de Ciudadania		1.07E+09	313855192	########	11477
Alexandra	Rodriguez	Mora	Tarjeta de Identidad		1.07E+09	313855192	########	3049

Flaminio	Pulido	Riveros	Cedula de Ciudadania	17445574	320467615	########	22415
Ligia	Olmos	Pardo	Cedula de Ciudadania	20482871	313314666	########	25859
Gonzales	Olmod		Cedula de Ciudadania	80391287	311579804	########	18108
ELVIRA	ROA	MORA	Cedula de Ciudadania	20481883	312430610	########	29596
HELENA	PARDO	DE RODRIG	Cedula de Extranjeria	41456321	313387466	########	27612
Marina	Sabogal	Sabogal	Cedula de Ciudadania	20438391	320860932	########	28169
Yamile	Martinez	Martinez	Cedula de Ciudadania	1.07E+09	302281247	########	11170
Andres	Romero	De la Rosa	Registro Civil	1.24E+09	320905598	########	1684
Maria	De la Rosa	Perez	Cedula de Ciudadania	1.04E+09	320905598	########	12292
Andres	Romero	De la Rosa	Registro Civil	1.04E+09	320905598	########	2347
Tedolinda	Pulido	Gomez	Cedula de Ciudadania	20483821	000000000	########	27488
Miguel	Meza	Rincon	Cedula de Ciudadania	2999549	322435873	########	26350
Giovany	Meza	Gomez	Cedula de Ciudadania	1.07E+09	311810216	########	6586
Teresa	Lombana	Meza	Cedula de Ciudadania	20482690	322435873	########	25807
Rafael	Meza	Diaz	Cedula de Ciudadania	2998305	311581115	########	28665
Teresa	Oñate	Ramos	Cedula de Ciudadania	20166135	314243989	########	32060
Amparo	Castillo	Orjuela	Cedula de Ciudadania	20483110	311474389	########	23869
Ema	Meza	Torres	Cedula de Ciudadania	20484904	310791788	########	18348
Milena	Roa	Perez	Cedula de Ciudadania	1.07E+09	315285703	########	13474
Marina	Moya	Mendoza	Cedula de Ciudadania	63276681	323729912	########	24107
Agripina	Riveros	Rodriguez	Cedula de Ciudadania	20480624	310404733	########	34140
Tobias	Bonilla	Alayon	Cedula de Ciudadania	80391040	312846854	########	19158
Patricia	Rodriguez	Herrera	Cedula de Ciudadania	51908650	322588969	########	20969
Ligia	Olmos	De Pardo	Cedula de Ciudadania	20482871	313314666	########	25888
Ulpiano	Horjuela	Barreto	Cedula de Ciudadania	2999761	321980199	########	23625
Duvan	Martinez	Garzon	Tarjeta de Identidad	1.07E+09	313869832	########	5153
Del pilar	Rincon	Agudelo	Cedula de Ciudadania	20384709	312550223	########	15767
Arcancel	Prieto	Castillo	Cedula de Ciudadania	80392846	312550223	########	15036
Angel	Martinez	Soler	Cedula de Ciudadania	2999414	322407524	########	24015
	Salcedo	Martinez	Cedula de Ciudadania	20483491	322242173	########	23048
Cecilia	Martinez	Rios	Cedula de Ciudadania	20483497	313864525	########	22733
Julia	Barreto	De Rodrigu	Cedula de Ciudadania	20482259	311856547	########	27961
	Martinez	Rodriguez	Registro Civil	1.07E+09	311856547	########	2295
Yulieth	Hortua	Castillo	Cedula de Ciudadania	1E+09	350480854	########	8455
Teresa	Garzon	Garzon	Cedula de Ciudadania	1.07E+09	321991861	########	12242
Biviana	Cubillos	Gutierrez	Cedula de Ciudadania	1.07E+09	313282215	########	12465
Crisanto	Robayo	Cubillos	Cedula de Ciudadania	80392941	321373846	########	26132
	Torres	Pulido	Cedula de Ciudadania	20384658	312498978	########	15812
Pascual	Torres	Rios	Cedula de Ciudadania	2998464	314456385	########	27849
	Pulido	De Torres	Cedula de Ciudadania	20482822	310456732	########	23948
Maria	Amortegui	Rivera	Cedula de Ciudadania	20481997	321386009	########	27339
Teresa	Gutierrez	Cubillod	Cedula de Ciudadania	52617032	322417037	########	19863
Vidalia	Diaz	Castro	Cedula de Ciudadania	20484988	321347460	########	21590
Hilda	Salcedo	Martinez	Cedula de Ciudadania	20483933	313327791	########	24088
Tatiana	Sabogal	Gonsalez	Cedula de Ciudadania	1.07E+09	312573800	########	7748
	Castro	De Diaz	Cedula de Ciudadania	4.14E+08	313369701	########	29407
	Rios	Bonilla	Cedula de Ciudadania	80390187	313617698	########	21227

Enrique	Velasquez		Cedula de Ciudadania	2999586	320260761	########	24007
Marina	Garzon	Garzon	Cedula de Ciudadania	20484778	313207436	########	18792
Augusto	Robayo	Lopez	Cedula de Ciudadania	2998696	320241577	########	26915
Simon	Amorteguí	Castillo	Cedula de Ciudadania	29983305	313402579	########	29422
	Cubillos	Torres	Cedula de Ciudadania	2999944	312466656	########	22791
Cristina	Velasquez		Cedula de Ciudadania	20484378	312326526	########	27191
Alexander	Rincon	Hortua	Cedula de Ciudadania	81753051	314261479	########	15163
	Rodriguez	Guerrero	Cedula de Ciudadania	1.05E+09	312464965	########	14413
Antonella	Chavez	Rodriguez	Registro Civil	1.03E+09	312464965	########	1416
Isabella	Chavez	Rodriguez	Registro Civil	1.03E+09	312464965	########	2367
Hernando	Rincon	Romero	Cedula de Ciudadania	19293380	310253723	########	27717
Liliana	Meza	Lombana	Cedula de Ciudadania	20385058	321483518	########	14685
Hernando	Rodriguez	Lombana	Cedula de Ciudadania	80392212	321369680	########	16411
Felipe	Leon	Amorteguí	Cedula de Ciudadania	1.07E+09	312578247	########	7397
Arturo	Leon	Garzon	Cedula de Ciudadania	80391987	312414065	########	16896
Yeneth	Amorteguí	Salcedo	Cedula de Ciudadania	20485905	312578247	########	16943
Stiven	Leon	Amorteguí	Tarjeta de Identidad	1.07E+09	312578247	########	5744
	Gutierrez		Cedula de Ciudadania	20483831	314213596	########	21432
	Perez		Cedula de Ciudadania	2999821	322917443	########	23487
Hernando	Perez		Cedula de Ciudadania	3000422	321271361	########	23042
Paola	Cotrino	Gutierrez	Cedula de Ciudadania	1.07E+09	322313329	########	11469
Hernando	Pulido	Bobadillas	Cedula de Ciudadania	2999665	320881616	########	25122
Joel	Rosas	Cotrino	Tarjeta de Identidad	1.03E+10	322313329	########	3894
Reinaldo	Pulido	Rodriguez	Cedula de Ciudadania	1.07E+09	305207456	########	13503
Rogelio	Escobar	Florez	Cedula de Ciudadania	80390222	313497290	########	21888
Miguel	Pulido	Bobadillas	Cedula de Ciudadania	2998519	305207456	########	27979
	Jaimes	Mogollon	Cedula de Ciudadania	60266250	322703753	########	15381
	Perez		Cedula de Ciudadania	80390589	321271361	########	20824
	Olmos	De Gonzale	Cedula de Ciudadania	20482795	311550718	########	26835
Gabriel	Gonzalez		Cedula de Ciudadania	2998103	311550718	########	30508
Marina	Rios	Velazquez	Cedula de Ciudadania	20484476	313497290	########	19715
Ines	Gutierrez	Torres	Cedula de Ciudadania	20479722	314481104	########	34469
Pablo	Cotrino	Torres	Cedula de Ciudadania	2393175	313730504	########	30246
	Gutirrez	Torres	Cedula de Ciudadania	20481624	313730504	########	29674
Rafael	Torres	Rios	Cedula de Ciudadania	2998705	311685581	########	28314
Mercedes	Cubillos	Alayon	Cedula de Ciudadania	20483205	313493045	########	23266
Alejandro	Martinez	Garzon	Registro Civil	1.07E+09	313869832	########	923
Omaira	Garzon	Prieto	Cedula de Ciudadania	1.07E+09	320902605	########	13475
	Garzon	Triviño	Cedula de Ciudadania	219710	000000000	########	33849
	Garzon	Prieto	Cedula de Ciudadania	2998664	311595913	########	26674
	Prieto	De Garzon	Cedula de Ciudadania	20480603	000000000	########	33822
Eduar	Jaramillo	Mejia	Cedula de Ciudadania	1.1E+09	314383701	########	9661
Hermelinda	Caqueza	Diaz	Cedula de Ciudadania	20485690	321449743	########	17948
Saul	Guerrero	Mora	Cedula de Ciudadania	80391174	321449743	########	19141
Marlen	Rodriguez		Cedula de Ciudadania	1.07E+09	317361863	########	13240
Alfonso	Rivera	Ardila	Cedula de Ciudadania	80391519	321445768	########	18035
Dioselina	Alayon	Velazques	Cedula de Ciudadania	20483462	313384035	########	22776

	Rodriguez		Cedula de Ciudadania	19163140	311572940	########	27026
Stella	Alayon	Amortegui	Cedula de Ciudadania	1.07E+09	311241961	########	13640
Matias	Rivera	Alayon	Tarjeta de Identidad	1.09E+09	311241961	########	2950
Alejandro	Hurtado	Garzon	Registro Civil	1.23E+09	321249054	########	391
Maria	Salcedo	Barreto	Cedula de Ciudadania	2990838	311516665	########	26042
Maria	Salcedo	Pulido	Cedula de Ciudadania	80390459	323457545	########	20588
	Hortua	Martinez	Cedula de Ciudadania	6011302	310444140	########	30617
Natalia	Martinez	Castillo	Tarjeta de Identidad	1.07E+09	314488756	########	4619
Alexander	Parrado	Lopez	Cedula de Ciudadania	1.07E+12	323246802	########	0
	Garay	Tiguaque	Cedula de Ciudadania	17174280	316376080	########	30305
Albino	Clavijo	Acosta	Cedula de Ciudadania	220987	313249801	########	31020

p01_s	p02_s	p021_s	p04_s	p03_s	Edad_s	CursoVida_s	Genero_s	sexo_s
73.57153	6	882.8583	883	26	73 AÑOS 6	Vejez	Femenino	Mujer
56.55852	6	678.7023	679	21	56 AÑOS 6	Adultez	Masculino	Hombre
28.01369	0	336.1643	336	5	28 AÑOS 0	Adultez	Femenino	Mujer
63.00342	0	756.0411	756	1	63 AÑOS 0	Vejez	Femenino	Mujer
54.36277	4	652.3532	652	11	54 AÑOS 4	Adultez	Femenino	Mujer
60.76386	9	729.1663	729	5	60 AÑOS 9	Vejez	Masculino	Hombre
54.74606	8	656.9528	657	29	54 AÑOS 8	Adultez	Femenino	Mujer
50.98973	11	611.8768	612	27	50 AÑOS 1	Adultez	Femenino	Mujer
17.85352	10	214.2423	214	7	17 AÑOS 1	Adoslescen	Femenino	Mujer
63.03628	0	756.4353	756	13	63 AÑOS 0	Vejez	Masculino	Hombre
48.69268	8	584.3121	584	9	48 AÑOS 8	Adultez	Femenino	Mujer
64.47365	5	773.6838	774	21	64 AÑOS 5	Vejez	Masculino	Hombre
42.39288	4	508.7146	509	22	42 AÑOS 4	Adultez	Femenino	Mujer
56.85969	10	682.3162	682	10	56 AÑOS 1	Adultez	Femenino	Mujer
69.40178	4	832.8214	833	25	69 AÑOS 4	Vejez	Masculino	Hombre
32.83231	9	393.9877	394	30	32 AÑOS 9	Adultez	Femenino	Mujer
14.67762	8	176.1314	176	4	14 AÑOS 8	Adoslescen	Masculino	Hombre
9.749487	8	116.9938	117	30	9 AÑOS 8 M	Infancia	Masculino	Hombre
11.82752	9	141.9302	142	28	11 AÑOS 9	Infancia	Femenino	Mujer
33.78782	9	405.4538	405	14	33 AÑOS 9	Adultez	Femenino	Mujer
48.99932	11	587.9918	588	30	48 AÑOS 1	Adultez	Masculino	Hombre
2.869268	10	34.43121	34	13	2 AÑOS 10	Primera inf	Masculino	Hombre
28.39699	4	340.7639	341	23	28 AÑOS 4	Adultez	Femenino	Mujer
54.28337	3	651.4004	651	12	54 AÑOS 3	Adultez	Femenino	Mujer
62.24504	2	746.9405	747	29	62 AÑOS 2	Vejez	Femenino	Mujer
72.74743	8	872.9692	873	30	72 AÑOS 8	Vejez	Masculino	Hombre
5.040383	0	60.4846	60	15	5 AÑOS 0 M	Primera inf	Femenino	Mujer
2.67488	8	32.09856	32	3	2 AÑOS 8 M	Primera inf	Masculino	Hombre
35.25257	3	423.0308	423	1	35 AÑOS 3	Adultez	Femenino	Mujer
13.87269	10	166.4723	166	14	13 AÑOS 1	Adoslescen	Masculino	Hombre
8.008214	0	96.09856	96	3	8 AÑOS 0 M	Infancia	Masculino	Hombre
75.96715	11	911.6057	912	18	75 AÑOS 1	Vejez	Femenino	Mujer
63.20055	2	758.4066	758	12	63 AÑOS 2	Vejez	Femenino	Mujer
5.587953	7	67.05544	67	2	5 AÑOS 7 M	Primera inf	Masculino	Hombre
43.77002	9	525.2402	525	7	43 AÑOS 9	Adultez	Masculino	Hombre
17.94387	11	215.3265	215	10	17 AÑOS 1	Adoslescen	Masculino	Hombre
72.05476	0	864.6571	865	20	72 AÑOS 0	Vejez	Masculino	Hombre
70.5681	6	846.8172	847	25	70 AÑOS 6	Vejez	Femenino	Mujer
44.04381	0	528.5257	529	16	44 AÑOS 0	Adultez	Masculino	Hombre
69.04038	0	828.4846	828	15	69 AÑOS 0	Vejez	Masculino	Hombre
33.10062	1	397.2074	397	6	33 AÑOS 1	Adultez	Femenino	Mujer
9.990418	11	119.885	120	27	9 AÑOS 11	Infancia	Femenino	Mujer
43.44695	5	521.3634	521	11	43 AÑOS 5	Adultez	Masculino	Hombre
1.935661	11	23.22793	23	7	1 AÑOS 11	Primera inf	Femenino	Mujer
31.42231	5	377.0678	377	2	31 AÑOS 5	Adultez	Femenino	Mujer
8.347707	4	100.1725	100	5	8 AÑOS 4 M	Infancia	Femenino	Mujer

61.36893	4	736.4271	736	13	61 AÑOS 4	Vejez	Masculino	Hombre
70.79808	9	849.577	850	18	70 AÑOS 9	Vejez	Femenino	Mujer
49.577	6	594.924	595	28	49 AÑOS 6	Adultez	Masculino	Hombre
81.02943	0	972.3532	972	11	81 AÑOS 0	Vejez	Femenino	Mujer
75.59754	7	907.1704	907	5	75 AÑOS 7	Vejez	Femenino	Mujer
77.12252	1	925.4702	925	14	77 AÑOS 1	Vejez	Femenino	Mujer
30.58179	6	366.9815	367	30	30 AÑOS 6	Adultez	Femenino	Mujer
4.610541	7	55.32649	55	10	4 AÑOS 7 M	Primera inf	Masculino	Hombre
33.65366	7	403.8439	404	26	33 AÑOS 7	Adultez	Femenino	Mujer
6.425736	5	77.10883	77	3	6 AÑOS 5 M	Infancia	Masculino	Hombre
75.25804	3	903.0965	903	3	75 AÑOS 3	Vejez	Femenino	Mujer
72.14237	1	865.7084	866	22	72 AÑOS 1	Vejez	Masculino	Hombre
18.03149	0	216.3778	216	11	18 AÑOS 0	Juventud	Masculino	Hombre
70.65572	7	847.8686	848	26	70 AÑOS 7	Vejez	Femenino	Mujer
78.48049	5	941.7659	942	23	78 AÑOS 5	Vejez	Masculino	Hombre
87.7755	9	1053.306	1053	9	87 AÑOS 9	Vejez	Femenino	Mujer
65.34976	4	784.1971	784	6	65 AÑOS 4	Vejez	Femenino	Mujer
50.23409	2	602.809	603	25	50 AÑOS 2	Adultez	Femenino	Mujer
36.8898	10	442.6776	443	21	36 AÑOS 1(	Adultez	Femenino	Mujer
66.00137	0	792.0164	792	0	66 AÑOS 0	Vejez	Femenino	Mujer
93.47023	5	1121.643	1122	20	93 AÑOS 5	Vejez	Femenino	Mujer
52.45175	5	629.4209	629	13	52 AÑOS 5	Adultez	Masculino	Hombre
57.40999	4	688.9199	689	28	57 AÑOS 4	Adultez	Femenino	Mujer
70.87748	10	850.5298	851	16	70 AÑOS 1(	Vejez	Femenino	Mujer
64.68172	8	776.1807	776	5	64 AÑOS 8	Vejez	Masculino	Hombre
14.10815	1	169.2977	169	9	14 AÑOS 1	Adoslescen	Masculino	Hombre
43.16769	2	518.0123	518	0	43 AÑOS 2	Adultez	Femenino	Mujer
41.16632	1	493.9959	494	30	41 AÑOS 1	Adultez	Masculino	Hombre
65.74949	8	788.9938	789	30	65 AÑOS 8	Vejez	Masculino	Hombre
63.10198	1	757.2238	757	7	63 AÑOS 1	Vejez	Femenino	Mujer
62.23956	2	746.8747	747	27	62 AÑOS 2	Vejez	Femenino	Mujer
76.55305	6	918.6366	919	19	76 AÑOS 6	Vejez	Femenino	Mujer
6.283368	3	75.40041	75	12	6 AÑOS 3 M	Infancia	Masculino	Hombre
23.14853	1	277.7823	278	24	23 AÑOS 1	Juventud	Femenino	Mujer
33.51677	6	402.2012	402	6	33 AÑOS 6	Adultez	Femenino	Mujer
34.12731	1	409.5277	410	16	34 AÑOS 1	Adultez	Femenino	Mujer
71.54552	6	858.5462	859	17	71 AÑOS 6	Vejez	Masculino	Hombre
43.2909	3	519.4908	519	15	43 AÑOS 3	Adultez	Femenino	Mujer
76.24641	2	914.9569	915	29	76 AÑOS 2	Vejez	Masculino	Hombre
65.56605	6	786.7926	787	24	65 AÑOS 6	Vejez	Femenino	Mujer
74.8501	10	898.2012	898	6	74 AÑOS 1(	Vejez	Femenino	Mujer
54.38193	4	652.5832	653	18	54 AÑOS 4	Adultez	Femenino	Mujer
59.1102	1	709.3224	709	10	59 AÑOS 1	Adultez	Femenino	Mujer
65.94935	11	791.3922	791	12	65 AÑOS 1:	Vejez	Femenino	Mujer
21.21287	2	254.5544	255	17	21 AÑOS 2	Juventud	Femenino	Mujer
80.51198	6	966.1437	966	4	80 AÑOS 6	Vejez	Femenino	Mujer
58.11636	1	697.3963	697	12	58 AÑOS 1	Adultez	Masculino	Hombre

65.72758	8	788.731	789	22	65 AÑOS 8	Vejez	Masculino	Hombre
51.44969	5	617.3963	617	12	51 AÑOS 5	Adultez	Femenino	Mujer
73.68925	8	884.271	884	8	73 AÑOS 8	Vejez	Masculino	Hombre
80.55305	6	966.6366	967	19	80 AÑOS 6	Vejez	Masculino	Hombre
62.39836	4	748.7803	749	24	62 AÑOS 4	Vejez	Masculino	Hombre
74.4449	5	893.3388	893	10	74 AÑOS 5	Vejez	Femenino	Mujer
41.51403	6	498.1684	498	5	41 AÑOS 6	Adultez	Masculino	Hombre
39.46064	5	473.5277	474	16	39 AÑOS 5	Adultez	Femenino	Mujer
3.876797	10	46.52156	47	16	3 AÑOS 10	Primera inf	Femenino	Mujer
6.480493	5	77.76591	78	23	6 AÑOS 5 M	Infancia	Femenino	Mujer
75.88501	10	910.6201	911	19	75 AÑOS 1(	Vejez	Masculino	Hombre
40.20534	2	482.4641	482	14	40 AÑOS 2	Adultez	Femenino	Mujer
44.93087	11	539.1704	539	5	44 AÑOS 1:	Adultez	Masculino	Hombre
20.25188	3	243.0226	243	1	20 AÑOS 3	Juventud	Masculino	Hombre
46.25873	3	555.1047	555	3	46 AÑOS 3	Adultez	Masculino	Hombre
46.38741	4	556.6489	557	20	46 AÑOS 4	Adultez	Femenino	Mujer
15.72621	8	188.7146	189	22	15 AÑOS 8	Adoslescen	Masculino	Hombre
58.67762	8	704.1314	704	4	58 AÑOS 8	Adultez	Femenino	Mujer
64.3039	3	771.6468	772	20	64 AÑOS 3	Vejez	Masculino	Hombre
63.08556	1	757.0267	757	1	63 AÑOS 1	Vejez	Masculino	Hombre
31.40041	4	376.8049	377	24	31 AÑOS 4	Adultez	Femenino	Mujer
68.78029	9	825.3634	825	11	68 AÑOS 9	Vejez	Masculino	Hombre
10.66119	7	127.9343	128	28	10 AÑOS 7	Infancia	Masculino	Hombre
36.9692	11	443.6304	444	19	36 AÑOS 1:	Adultez	Masculino	Hombre
59.92608	11	719.1129	719	3	59 AÑOS 1:	Adultez	Masculino	Hombre
76.60233	7	919.2279	919	7	76 AÑOS 7	Vejez	Masculino	Hombre
42.11088	1	505.3306	505	10	42 AÑOS 1	Adultez	Femenino	Mujer
57.013	0	684.1561	684	5	57 AÑOS 0	Adultez	Masculino	Hombre
73.47023	5	881.6427	882	20	73 AÑOS 5	Vejez	Femenino	Mujer
83.52635	6	1002.316	1002	10	83 AÑOS 6	Vejez	Masculino	Hombre
53.97673	11	647.7207	648	22	53 AÑOS 1:	Adultez	Femenino	Mujer
94.37098	4	1132.452	1132	14	94 AÑOS 4	Vejez	Femenino	Mujer
82.80903	9	993.7084	994	22	82 AÑOS 9	Vejez	Masculino	Hombre
81.24298	2	974.9158	975	28	81 AÑOS 2	Vejez	Femenino	Mujer
77.51951	6	930.2341	930	7	77 AÑOS 6	Vejez	Masculino	Hombre
63.69884	8	764.386	764	12	63 AÑOS 8	Vejez	Femenino	Mujer
2.527036	6	30.32444	30	10	2 AÑOS 6 M	Primera inf	Masculino	Hombre
36.89254	10	442.7105	443	22	36 AÑOS 1(	Adultez	Femenino	Mujer
92.67351	8	1112.082	1112	2	92 AÑOS 8	Vejez	Masculino	Hombre
73.02943	0	876.3532	876	11	73 AÑOS 0	Vejez	Masculino	Hombre
92.59959	7	1111.195	1111	6	92 AÑOS 7	Vejez	Femenino	Mujer
26.45038	5	317.4045	317	12	26 AÑOS 5	Juventud	Masculino	Hombre
49.13895	1	589.6674	590	20	49 AÑOS 1	Adultez	Femenino	Mujer
52.4052	4	628.8624	629	26	52 AÑOS 4	Adultez	Masculino	Hombre
36.24914	2	434.9897	435	30	36 AÑOS 2	Adultez	Femenino	Mujer
49.37714	4	592.5257	593	16	49 AÑOS 4	Adultez	Masculino	Hombre
62.35729	4	748.2875	748	9	62 AÑOS 4	Vejez	Femenino	Mujer

73.99316	11	887.9179	888	28	73 AÑOS 1:	Vejez	Masculino	Hombre
37.34428	4	448.1314	448	4	37 AÑOS 4	Adultez	Femenino	Mujer
8.07666	0	96.91992	97	28	8 AÑOS 0 M	Infancia	Masculino	Hombre
1.0705	0	12.846	13	26	1 AÑOS 0 M	Primera inf	Masculino	Hombre
71.29911	3	855.5893	856	18	71 AÑOS 3	Vejez	Masculino	Hombre
56.36687	4	676.4025	676	12	56 AÑOS 4	Adultez	Masculino	Hombre
83.82478	9	1005.897	1006	27	83 AÑOS 9	Vejez	Masculino	Hombre
12.64613	7	151.7536	152	23	12 AÑOS 7	Adoslescen	Femenino	Mujer
0	0	0	0	0	0 AÑOS 0 M	Primera inf	Masculino	Hombre
82.97057	11	995.6468	996	20	82 AÑOS 1:	Vejez	Masculino	Hombre
84.92813	11	1019.138	1019	4	84 AÑOS 1:	Vejez	Masculino	Hombre

ol_Familia_	menAfiliaci	imenAfiliac	imenAfiliac	eps_s	eps_otra_s	ips_s	ips_otra_s	_Seguimien
1	subsidiado	2		42		14		2
1	subsidiado	2		51		14		2
1	subsidiado	2		29		14		2
1	subsidiado	2		51		14		2
1	subsidiado	2		29		14		2
1	subsidiado	2		29		14		2
1	subsidiado	2		51		14		2
2	subsidiado	2		29		14		2
3	subsidiado	2		29		14		2
1	subsidiado	2		29		14		2
2	subsidiado	2		29		14		2
1	subsidiado	2		51		14		2
1	subsidiado	2		51		14		2
2	subsidiado	2		29		14		2
1	subsidiado	2		29		14		2
2	subsidiado	2		51		14		2
3	subsidiado	2		51		14		2
3	subsidiado	2		29		14		2
3	subsidiado	2		29		14		2
2	subsidiado	2		29		14		2
1	subsidiado	2		29		14		2
6	subsidiado	2		29		14		2
3	subsidiado	2		29		14		2
1	subsidiado	2		29		14		2
2	subsidiado	2		42		14		2
1	subsidiado	2		42		14		2
3	no afiliado	3	Alerta por afiliación a seguridad social en salud					2
3	no afiliado	3	Alerta por afiliación a seguridad social en salud					2
2	subsidiado	2		32		1		2
3	subsidiado	2		9		1		2
3	subsidiado	2		32		1		2
1	contributiv	2		42		193	COLSUBSID	2
1	contributiv	2		51		14		2
3	subsidiado	2		32		1		2
3	subsidiado	2		29		14		2
3	subsidiado	2		42		14		2
1	subsidiado	2		42		14		2
2	subsidiado	2		51		14		2
1	subsidiado	2		42		14		2
1	subsidiado	2		51		14		2
2	subsidiado	2		42		14		2
3	subsidiado	2		42		14		2
1	subsidiado	2		29		14		2
3	subsidiado	2		38		1		2
1	subsidiado	2		42		14		2
3	subsidiado	2		42		14		2

1	subsidiado	2	42	14		2
1	subsidiado	2	42	14		2
1	subsidiado	2	42	14		2
1	subsidiado	2	42	14		2
1	subsidiado	2	29	14		2
1	subsidiado	2	29	14		2
1	subsidiado	2	42	14		2
3	subsidiado	2	51	14		2
1	subsidiado	2	51	14		2
3	subsidiado	2	51	14		2
1	subsidiado	2	42	14		2
1	subsidiado	2	42	14		2
3	subsidiado	2	42	14		2
2	subsidiado	2	51	14		2
1	subsidiado	2	42	14		2
2	subsidiado	2	42	14		2
1	contributiv	2	42	14		2
2	subsidiado	2	42	14		2
1	subsidiado	2	42	14		2
1	subsidiado	2	29	14		2
1	subsidiado	2	51	14		2
1	subsidiado	2	42	14		2
1	contributiv	2	29	93		2
1	subsidiado	2	42	14		2
1	subsidiado	2	29	14		2
3	subsidiado	2	51	14		2
2	subsidiado	2	51	14		2
1	subsidiado	2	51	14		2
2	subsidiado	2	42	14		2
2	subsidiado	2	42	14		2
1	subsidiado	2	51	14		2
2	subsidiado	2	51	14		2
3	subsidiado	2	29	14		2
1	subsidiado	2	42	14		2
1	subsidiado	2	29	14		2
1	subsidiado	2	29	14		2
1	subsidiado	2	42	14		2
1	subsidiado	2	29	14		2
1	subsidiado	2	42	14		2
1	subsidiado	2	42	14		2
1	subsidiado	2	29	14		2
1	subsidiado	2	42	14		2
1	subsidiado	2	42	14		2
1	subsidiado	2	42	14		2
1	subsidiado	2	51	14		2
1	contributiv	2	29	193	Colsubsidic	2
1	subsidiado	2	40	14		2

1	subsidiado	2	51	14		2
1	subsidiado	2	29	14		2
1	subsidiado	2	42	14		2
1	subsidiado	2	29	14		2
1	subsidiado	2	42	14		2
1	subsidiado	2	51	14		2
1	subsidiado	2	29	14		2
2	contributiv	2	42	14		2
3	contributiv	2	42	14		2
3	contributiv	2	42	14		2
2	subsidiado	2	51	14		2
2	subsidiado	2	51	14		2
2	subsidiado	2	51	14		2
3	subsidiado	2	42	14		2
1	subsidiado	2	42	14		2
2	subsidiado	2	42	14		2
3	subsidiado	2	42	14		2
1	subsidiado	2	42	14		2
1	subsidiado	2	29	14		2
1	subsidiado	2	29	14		2
1	subsidiado	2	42	14		2
1	subsidiado	2	29	14		2
3	subsidiado	2	42	14		2
1	subsidiado	2	29	14		2
1	subsidiado	2	29	14		2
1	subsidiado	2	42	14		2
1	subsidiado	2	51	14		2
1	subsidiado	2	29	14		2
1	subsidiado	2	40	14		2
1	subsidiado	2	40	14		2
1	subsidiado	2	42	14		2
1	subsidiado	2	29	14		2
1	subsidiado	2	29	14		2
1	subsidiado	2	29	14		2
1	contributiv	2	59	93		2
1	contributiv	2	29	193	Javesalud	2
3	subsidiado	2	51	14		2
2	subsidiado	2	51	14		2
1	subsidiado	2	42	14		2
1	subsidiado	2	29	14		2
2	subsidiado	2	42	14		2
1	no afiliado	3	Alerta por afiliación a seguridad social en salud			2
2	subsidiado	2	42	14		2
1	subsidiado	2	51	14		2
2	subsidiado	2	51	14		2
1	subsidiado	2	42	14		2
1	subsidiado	2	42	14		2

6	subsidiado	2	42	14	2
2	subsidiado	2	29	14	2
3	subsidiado	2	29	14	2
3	subsidiado	2	42	14	2
1	subsidiado	2	42	14	2
1	no afiliado	3	Alerta por afiliación a seguridad social en salud		2
	subsidiado	2	42	14	2
3	contributiv	2	1	14	2
5	contributiv	2	51	14	2
2	subsidiado	2	42	174	2
1	subsidiado	2	29	14	2

miento_Ges	_identificac	ncionRiesgo	oEfecCanal	pBasicoSal	basicoAPS_	sera_Profes	Psicologia_	omplemtar
	6	SI		SI	Medico	0	0	NO
	6	SI		SI	Medico	0	0	NO
	5	SI		NO		0	0	NO
	5	SI		NO		0	0	NO
	6	SI		SI	Medico	0	0	NO
	6	SI		SI	Medico	0	0	NO
	6	SI		SI	Medico	0	0	NO
	6	SI		SI	Medico	0	0	NO
	6	SI		SI	Medico	0	0	NO
	6	SI		SI	Medico	0	0	NO
	6	SI		SI	Enfermera_	1	0	NO
	9	SI		SI	Enfermera_	1	0	NO
	6	SI		NO		0	0	SI
	6	SI		SI	Medico	0	0	NO
	6	SI		SI	Medico	0	0	NO
		SI		SI	Enfermera_	1	0	NO
		NO	10					
	8	SI		SI	Medico	0	0	NO
	8	SI		SI	Medico	0	0	NO
	8	SI		NO		0	0	NO
	2	SI		NO		0	0	NO
	8	SI		NO		0	0	SI
	4	SI		SI	Medico	0	0	NO
	4	SI		SI	Medico	0	0	NO
	8	SI		NO		0	0	SI
	2	SI		SI	Medico	0	0	NO
	1	SI		SI	Enfermera_	1	0	SI
	1,6	SI		NO		0	0	SI
	1	SI		NO		0	0	NO
	1	SI		NO		0	0	NO
	1	SI		NO		0	0	NO
	4	SI		NO		0	0	NO
	5	SI		NO		0	0	NO
	1,6	SI		NO		0	0	SI
	6	SI		NO		0	0	SI
	6	SI		NO		0	0	SI
	6	SI		SI	Medico	0	0	NO
	6	SI		SI	Medico	0	0	NO
	6	SI		SI	Medico	0	0	NO
	6	SI		SI	Medico	0	0	NO
	6	SI		SI	Medico	0	0	NO
	6	SI		NO		0	0	SI
		SI		NO		0	0	SI
		SI		NO		0	0	NO
		SI		NO		0	0	NO
	8	SI		NO		0	0	SI

2	SI	NO		0	0	NO
4	SI	SI	Medico	0	0	NO
2	SI	NO		0	0	SI
4	SI	SI	Medico	0	0	NO
2	SI	SI	Medico	0	0	NO
8	SI	NO		0	0	NO
4	SI	NO		0	0	NO
6	SI	SI	Medico	0	0	NO
	SI	SI	Enfermera_	1	0	NO
	SI	SI	Enfermera_	1	0	SI
	SI	NO		0	0	SI
	SI	SI	Enfermera_	1	0	NO
	SI	SI	Medico	0	0	NO
	SI	SI	Enfermera_	1	0	NO
6	SI	SI	Medico	0	0	NO
5	SI	NO		0	0	NO
	SI	NO		0	0	SI
	SI	SI	Medico	0	0	NO
2	SI	NO		0	0	SI
6	SI	SI	Medico	0	0	NO
4	SI	SI	Medico	0	0	NO
2	SI	NO		0	0	NO
6	SI	NO		0	0	NO
4	SI	SI	Medico	0	0	NO
8	SI	NO		0	0	SI
	SI	NO		0	0	SI
	SI	SI	Medico	0	0	NO
	SI	SI	Medico	0	0	NO
	SI	NO		0	0	SI
	SI	NO		0	0	SI
4	SI	SI	Medico	0	0	NO
	SI	SI	Medico	0	0	NO
	SI	SI	Enfermera_	1	0	NO
	SI	SI	Medico	0	0	NO
4	SI	SI	Medico	0	0	SI
8	SI	SI	Medico	0	0	SI
4,10	SI	SI	Medico	0	0	NO
4	SI	SI	Medico	0	0	NO
4,2	SI	SI	Medico	0	0	NO
4	SI	SI	Medico	0	0	NO
4	SI	SI	Medico	0	0	NO
4	SI	SI	Medico	0	0	NO
8	SI	NO		0	0	SI
4	SI	SI	Medico	0	0	NO
8	SI	SI	Medico	0	0	NO
4	SI	SI	Medico	0	0	NO
8	SI	NO		0	0	SI

2,8	SI	SI	Medico	0	0	SI
4	SI	SI	Medico	0	0	NO
4	SI	SI	Medico	0	0	NO
4	SI	SI	Medico	0	0	NO
4	SI	SI	Medico	0	0	NO
4	SI	SI	Medico	0	0	NO
	SI	SI	Medico	0	0	NO
	SI	SI	Medico	0	0	NO
	SI	NO		0	0	SI
	SI	NO		0	0	SI
	SI	NO		0	0	SI
	SI	SI	Medico	0	0	NO
	SI	SI	Medico	0	0	NO
	SI	SI	Medico	0	0	NO
	SI	NO		0	0	SI
	SI	SI	Medico	0	0	NO
	SI	SI	Enfermera_	1	0	NO
5	SI	NO		0	0	NO
5	SI	NO		0	0	NO
5	SI	NO		0	0	NO
	SI	NO		0	0	NO
5	SI	SI	Medico	0	0	NO
8	SI	NO		0	0	SI
2	SI	NO		0	0	NO
5	SI	NO		0	0	NO
5	SI	NO		0	0	NO
	SI	NO		0	0	NO
5	SI	SI	Medico	0	0	NO
5	SI	SI	Medico	0	0	NO
5	SI	SI	Medico	0	0	NO
5	SI	SI	Medico	0	0	NO
5	SI	SI	Medico	0	0	NO
5	SI	SI	Medico	0	0	NO
5	SI	SI	Medico	0	0	NO
4	SI	SI	Medico	0	0	NO
2	SI	SI	Medico	0	0	NO
	SI	SI	Medico	0	0	NO
	SI	SI	Medico	0	0	NO
	SI	SI	Medico	0	0	NO
	SI	SI	Medico	0	0	NO
	SI	SI	Medico	0	0	NO
	SI	NO		0	0	NO
4	SI	NO		0	0	NO
8	SI	NO		0	0	NO
4	SI	NO		0	0	NO
4	SI	NO		0	0	NO
5	SI	SI	Medico	0	0	NO

	SI	NO		0	0	SI
	SI	SI	Medico	0	0	NO
	SI	NO		0	0	SI
	SI	NO		0	0	SI
	SI	SI	Medico	0	0	NO
1	SI	NO		0	0	NO
	SI	NO		0	0	SI
	SI	NO		0	0	SI
6,8	SI	NO		1	0	SI
4,5,10	SI	SI	Medico,Psi	1	1	SI
	SI	SI	Medico,Enf	1	1	NO

lementario	Nutricion_s	odontologia_	Terapias_s	erontologia	ptometria_	iero_Sanita	_en_Salud	_Salud_Oc
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
Odontologi	0	1	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
Odontologi	0	1	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
Odontologi	0	1	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
Vacunador	0	0	0	0	0	0	0	0
Vacunador	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
Vacunador	0	0	0	0	0	0	0	0
Odontologi	0	1	0	0	0	0	0	0
Vacunador	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
Vacunador	0	0	0	0	0	0	0	0
Odontologi	0	1	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
Odontologi	0	1	0	0	0	0	0	0

	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
Odontologi	0	1	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
Vacunador	0	0	0	0	0	0	0	0
Vacunador	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
Vacunador	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
Odontologi	0	1	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
Odontologi	0	1	0	0	0	0	0	0
Vacunador	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
Odontologi	0	1	0	0	0	0	0	0
Odontologi	0	1	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
Odontologi	0	1	0	0	0	0	0	0
Odontologi	0	1	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
Odontologi	0	1	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
Odontologi	0	1	0	0	0	0	0	0

Odontologi	0	1	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
Odontologi	0	1	0	0	0	0	0	0
Odontologi	0	1	0	0	0	0	0	0
Vacunador	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
Odontologi	0	1	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
Odontologi	0	1	0	0	0	0	0	0
	0	0

Odontologi	0	1	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
Odontologi	0	1	0	0	0	0	0	0
Vacunador	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
Vacunador	0	0	0	0	0	0	0	0
Vacunador	0	0	0	0	0	0	0	0
Odontologi	0	0	0	0	0	0	0	0
Odontologi	0	1	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0

en_activida	vacunador_	rvicioSalud	ips_ss	ips_otra_ss	viciosSocial	rvicioSocia	Comisaria_s	bienestar_
0	0	NO			NO		0	0
0	0	NO			NO		0	0
0	0	SI	14		NO		0	0
0	0	SI	14		NO		0	0
0	0	NO			NO		0	0
0	0	NO			NO		0	0
0	0	NO

0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	SI	14	NO	0	0
0	0	SI	14	NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	1	NO		NO	0	0
0	1	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	SI	14	NO	0	0
0	1	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	1	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	SI	14	NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0
0	0	NO		NO	0	0

0	0	NO		NO		0	0
0	0	NO		NO		0	0
0	0	NO		NO		0	0
0	0	NO		NO		0	0
0	0	NO		NO		0	0
0	0	NO		NO		0	0
0	0	NO		NO		0	0
0	0	NO		NO		0	0
0	0	NO		NO		0	0
0	0	NO		NO		0	0
0	1	NO		NO		0	0
0	0	NO		NO		0	0
0	0	NO		NO		0	0
0	0	NO		NO		0	0
0	0	NO		NO		0	0
0	0	NO		NO		0	0
0	0	NO		NO		0	0
0	0	NO		NO		0	0
0	0	NO		NO		0	0
0	0	SI	14	NO		0	0
0	0	SI	69	NO		0	0
0	0	SI	14	NO		0	0
0	0	NO		NO		0	0
0	0	NO		NO		0	0
0	0	SI	14	NO		0	0
0	0	SI	14	NO		0	0
0	0	NO		NO		0	0
0	0	SI	14	NO		0	0
0	0	SI	14	NO		0	0
0	0	SI	14	NO		0	0
0	0	SI	14	NO		0	0
0	0	SI	14	NO		0	0
0	0	SI	14	NO		0	0
0	0	NO		NO		0	0
0	0	NO		NO		0	0
0	0	NO		NO		0	0
0	0	NO		NO		0	0
0	0	NO		NO		0	0
0	0	NO		NO		0	0
0	0	NO		NO		0	0
0	0	NO		SI	Coordinaci	0	0
0	0	SI	14	NO		0	0
0	0	SI	14	NO		0	0
0	0	SI	14	NO		0	0
0	0	SI	14	NO		0	0
0	0	SI	14	NO		0	0

0	0	NO		NO		0	0
0	0	NO		NO		0	0
0	0	NO		NO		0	0
0	1	NO		NO		0	0
0	0	NO		NO		0	0
0	0	NO		SI	Aseguramie	0	0
0	1	NO		NO		0	0
0	1	NO		NO		0	0
0	0	NO		NO		0	0
0	0	NO		SI	Comisaria	0	0
0	0	NO		NO		0	0

Policia_s	Fiscalia_s	eguramient	rdinacion_P	de_Desarr	ersoneria_	efensoria_	ia_de_edu	te_de_bue
0	0	0	0	0	0	0	0	0

0	0	0	0	0	0	0	0	0

0	0	0	0	0	0	0	0	0

0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0

Vivienda_s	iesgTramito
0	SI
0	SI
0	SI
0	NO
0	SI
0	SI
0	NO
0	SI
0	SI
0	SI
0	SI
0	SI
0	SI
0	SI
0	SI
0	SI
0	NO
0	SI
0	NO
0	NO
0	SI
0	NO
0	SI
0	NO
0	SI
0	SI
0	SI
0	SI
0	SI
0	SI
0	NO
0	SI
0	SI
0	NO
0	SI
0	SI
0	SI
0	SI
0	SI
0	SI
0	SI
0	SI
0	SI
0	NO
0	NO

0 NO
0 NO
0 NO
0 SI
0 NO
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 NO
0 NO
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 NO
0 NO
0 SI
0 NO
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 NO
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 NO
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI

0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 NO
0 SI
0 SI
0 NO
0 SI
0 NO
0 NO
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 NO
0 SI
0 NO
0 SI
0 NO
0 NO
0 SI
0 NO
0 NO
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 NO
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI

0 SI
0 SI
0 SI
0 NO
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI
0 SI

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**07/11/2025**

INFORMACIÓN GENERAL	
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina	
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR	
Nombres y apellidos: Martha Bibiana Rodríguez León	Cargo: Auxiliar de enfermería
Correo electrónico institucional: bibianar1983@hotmail.com	Teléfono:3152470810
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)	
Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro) otro	
Nombre del beneficiario: Estación de Policía Choachí	Correo electrónico
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Choachí Cundinamarca	
Número total de beneficiarios: 11 participantes	
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Acciones de promoción y prevención de la salud relacionadas con la enfermedad de Chagas	
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Apoyar la ejecución de acciones del programa departamental de enfermedades transmitidas por vectores (ETV) y zoonosis en el municipio de Choachí, en la prevención, promoción, atención y control, acorde con los lineamientos nacionales en la interrupción de la trasmisión intradomiciliaria de tripanosoma cruzy (pito).	
ACTIVIDADES REALIZADAS	
El día 05/11/2025 se asiste a estación de policía la cual se encuentra ubicada en Carrera 4 Nº 4-24 Barrio Centro, se habla con comandante de la estación Nelson Mora, se solicita un espacio para la realización de la capacitación, el día 07/11/2025	

siendo las 2:00pm se da inicio a taller institucional con los miembros de la policía de vigilancia y carreteras, ¿se realiza entrega de folletos los cuales explican que es la enfermedad de Chagas? ¿la manera como se puede trasmitir la enfermedad, los signos y síntomas de la fase aguda y realizando mayor relevancia en la fase crónica que es donde ya se evidencian sintomatología en el corazón y tracto digestivo, ¿cómo se puede prevenir? La importancia de realizarse el tamizaje y la población beneficiada para la toma de la muestra sanguínea.



- ✓ Niños y niñas de 0 a 5 años
- ✓ Niños y niñas de 6 a 14 años
- ✓ Mujeres en edad fértil de 15 a 45 años
- ✓ Mujeres en estado de gestación

Dos integrantes, refieren que están interesadas en la toma de la muestra ya que residen en el municipio desde pequeñas, se manifiesta que se pueden acercar al siguiente día en horario de 7:00am a 8:30 am al centro de salud ya que en el momento no se cuenta con los insumos para poder realizar la toma de la muestra.

Refieren que pudieron resolver todas sus dudas. No teniendo más preguntas, siendo las 02:40pm se da por finalizado el taller en el entorno institucional.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒SI ☒NO

Observaciones:

Se Anexa planilla de asistencia

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	7/11/2025
LUGAR:	Estacion Policia Chocachi	HORA INICIO:	02:00pm
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	02:40pm

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN																		
							DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VICTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	REINTEGRADOS	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	SISBEN	TELÉFONO	E-MAIL	FIRMA
1	Fabio Nelson Mora	80'392.612	42	M	Chocachi	urbano	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	3217112837		
2	William Camilo Ortiz	1068913186	19	M	CHOCACHI	URBANO	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA			3008610358		
3	Karen Mojica	1126832224	30	F	Chocha	Urbano	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA			3165142180		
4	Jaiber Cruz	80403943	44	M	chocachi	urbano	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA			3134580611		
5	Leidy Gonzalez	1000811340	23	F	Chocachi	Urbano	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA			3163760840		
6	Samuel Urrego	1122936913	20	M	Chocachi	Urbano	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA			3112906602		
7	Yuder Agudelo	1122[illegible]	20	M	Chocachi	Urbano	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA			[illegible]		
8	Meily Natalia Oyuela	1000[illegible]19	22	F	Chocachi	Urbano	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA			3220432480		
9	Elkin David Buitrago	1070[illegible]916	36	M	Chocachi	Urbano	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA			[illegible]		
10	Edwar Posada	1052312441	39	M	Chocachi	Urbano	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA			3507264869	Docum.cochachi@policia.gov.co	
11	Ana Milena Zapata	1[illegible]	29	F	Chocachi	Urbano	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA			[illegible]		
12																						
13																						

RESPONSABLE		GERENCIA	

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 36

LUGAR: Estación policía Choachi

EVENTO: Sensibilización al entorno institucional sobre el tamizaje de la enfermedad de Chagas

FOTO N° 36 de 07/11/2025
Fecha de toma (día/mes/año):

PROVINCIA: de Oriente



FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS





Observaciones:

_____

_____

_____.

Busqueda Activa de Casos Probables para enfermedad de Chagas
Instituto Nacional de Salud - Secretaria Departamental de Salud de Cundinamarca

Identificación de habitantes de la vivienda

No.	Nombre	ID	Edad	Sexo	Síntomas	Contacto caso confirmado	Fecha de inicio de sintomas/periodo síntomas
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							

12							
13							
14							

Muestra



	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
Gobernación de Cundinamarca		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

OBJETIVO DE LA REUNION:	FECHA:	ACTA No.
Realizar proceso de sensibilización a la comunidad sobre el tamizaje para la enfermedad de Chagas	01 de noviembre de 2025	024

LUGAR:	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
Centro de Salud Choachí	07:00 am	08:30 am

ORDEN DEL DÍA

1. saludo
2. ¿Qué es la enfermedad de Chagas?
3. Tamizaje para enfermedad de Chagas
4. cierre

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Siendo las 07:00 am del día 01 de noviembre de 2025, la auxiliar de enfermería Bibiana Rodríguez León, encargada de la toma de muestras en su fase preanalítica en la población priorizada para el plan de interrupción de la transmisión intradomiciliaria de enfermedad de Chagas, realiza sensibilización a la comunidad en general que asiste al centro de salud, se utilizan ayudas como cartelera y folletos donde se brinda capacitación sobre la enfermedad de Chagas y se da a conocer cual es la población beneficiada para la realización del tamizaje.

- ✓ Niños y niñas de 0 a 5 años
- ✓ Niños y niñas de 6 a 14 años
- ✓ Mujeres en edad fértil de 15 a 45 años
- ✓ Mujeres en estado de gestación

Se explica que no existe una vacuna, solo se puede prevenir y una manera es deteniendo la trasmisión domiciliaria al realizarse el tamizaje el cual no requiere orden médica, es gratis, se realiza capacitación a seis (06) usuarios. Se entregan consentimientos informados a los usuarios y/o acudientes que manifiestan se desean realizar el tamizaje, se utilizan elementos de protección personal para toma de muestra.



Como resultado de la sensibilización el día de hoy se realizó la toma de muestra a cuatro (04) usuarios que pertenecen a la población de mujeres en edad fértil de 15 a 45 años, Siendo las 8:30 am se da por finalizada la sensibilización.

CONCLUSIONES

Se realiza sensibilización a seis (06) usuarios sobre enfermedad de Chagas y la importancia de realizar el tamizaje a la población priorizada

Se realiza tamizaje a cuatro (04) usuarios de la población priorizada

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Seguir capacitando a la comunidad en enfermedad de Chagas y explicando la importancia de realizarse el tamizaje para buscar la interrupción de la transmisión intradomiciliaria de enfermedad.	Durante la ejecución de la concurrencia	Bibiana Rodríguez León

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PGDS-FR-052
Versión:	1
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	01/11/2025
LUGAR:	Centro de Salud Chocachi	HORA INICIO:	07:000m
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	8:300m

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN														FIRMA
							DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	RE-INTEGRADOS	JEFE DE HOGAR	GESTANTE	LACTANTE	TELEFONO	E-MAIL	
1	Andrea Peña.	2058[illegible]4	43	F	Chocachi	Chiente.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3208422183		Firmado
2	Rosa Pedo	1069[illegible]14	33	F	Chocachi	Chocachi	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3336[illegible]58		Rosa Pedo
3	Magda Rey	20484235	55	F	Chocachi		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3[illegible]07535[illegible]24		Magda Rey
4	Luz Yuri Pedro	1014[illegible]618	29	F	Chocachi	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3185458310		Luz Yuri Pedro
5	Juliana Rodriguez	1003[illegible]7771	22	F	Chocachi	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3[illegible]7[illegible]		Juliana R.
6	Carmen Alicia P	520[illegible]13	56	F	Chocachi	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3124554260		Carmen A.P.
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					

RESPONSABLE		GERENCIA	

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 32

LUGAR: Centro Salud Choachí

EVENTO: Sensibilización a la comunidad sobre el tamizaje de la enfermedad de Chagas

FOTO N° 32 de 01/11/2025
Fecha de toma (día/mes/año):

PROVINCIA: de Oriente







Observaciones:

_____
_____
_____.

Gobernación de CUNDINAMARCA	**PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD** **GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**	**CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-364** **VERSIÓN: 04**
	Remisión TOMA DE MUESTRA PLAN DE INTERRUPCION DE LA TRANSMISION DE T. cruzi por R. prolixus Intradomiciliario	**FECHA DE APROBACIÓN: 2023-12-12**

INSTITUCIÓN REMITENTE:HOSPITAL SAN ICENTE DE PAUL FOMEQUE	**Nº DE MUESTRAS ENVIADAS AL LSPC:**
MUNICIPIO:CHOACHI	**TEMPERATURA DE ENVÍO:**
DIRECCIÓN:CALLE 4 5-00	**TEMPERATURA DE RECEPCIÓN:**
TELEFONO:	**FECHA DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS EN EL LSPC:**
E-MAIL INSTITUCIONAL:	**HORA DE RECEPCIÓN (24 HORAS):**
PROFESIONAL RESPONSABLE DEL ENVÍO:	**RESPONSABLE DE LA RECEPCIÓN:**

No. Consecutivo muestra	CÓDIGO LSPC (No diligenciar)	FECHA TOMA DE MUESTRA	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	SEXO		TIPO DE ID	Nº DE IDENTIFICACIÓN	EDAD				MUJER GESTANTE	MUNICIPIO DE PROCEDENCIA	VEREDA Y/O CORREGIMIENTO	TIPO DE MUESTRA
				F	M			< 5 AÑOS	5-15 AÑOS	15-18 AÑOS	>18 AÑOS				
1		04/10/2025	YEIMI PAOLA RIVEROS PEÑA	X		C.C	1,068,976,698				28A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
2		04/10/2025	DULCE MARIA BAUTISTA RIVEROS	X		R.C	1,068,977,442		6A				CHOACHI	CENTRO	SUERO
3		04/10/2025	VANESSA ALEXANDRA MARIN RODRIGUEZ	X		C.C	1,069,715,163				21A	NO	CHOACHI	VEREDA GRANADILLO	SUERO
4		04/10/2025	YOHANA GARZON	X		C.C	20,384,692				42A	NO	CHOACHI	RESGUARDO SUR	SUERO
5		04/10/2025	LIZETH LOPEZ B	X		C.C	1,068,974,534				24A	NO	CHOACHI	VEREDA EL PULPITO	SUERO
6		04/10/2025	HEIDY ALEXANDRA NAVARRO ORTIZ	X		CC	1,003,739,826				22A	NO	CHOACHI	URBANIZACION SAN CARLOS	SUERO
7		07/10/2025	MARIA JOSE HERREÑO RAMOS	X		T.I DE ID	1,011,223,647		12A				CHOACHI	CENTRO	SUERO
8		07/10/2025	MARIA OFELIA TAPASCO	X		CC	1,068,972,013				40A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
9		07/10/2025	LEIDY VIVIANA RAMOS ROZO	X		CC	1,068,974,790				33A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
10		07/10/2025	LUZ DELIA TAPASCO	X		CC	1,068,972,631				39A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
11		07/10/2025	ANA GRABRIELA RIVERA	X		CC	1,003,475,551				23A	NO	CHOACHI	VEREDA MAZA	SUERO
12		07/10/2025	NIYIRETH ISABELLA BARRETO TAPASCO	X		TIPO DE ID	1,068,977,315		8A				CHOACHI	CENTRO	SUERO
13		07/10/2025	KAREN YANIRA MORA DIAZ	X		CC	1,003,475,814				22A	NO	CHOACHI	VEREDA POTRERO GRANDE	SUERO
14		07/10/2025	LILIAM SALOME BARRETO	X		TIPO DE ID	1,068,997,732		7A				CHOACHI	CENTRO	SUERO
15		07/10/2025	JUAN ESTEBAN RIVERA		X	RC	1,068,977,915	3A					CHOACHI	VEREDA EL HATO	SUERO
16		07/10/2025	YESIKA NATALIA MARTINEZ	X		CC	1,068,977,117				26A	SI	CHOACHI	VEREDA LA CABAÑA	SUERO
17		07/10/2025	VALENTINA RODRIGUEZ	X		TIPO DE ID	1,147,484,963			17A		SI	CHOACHI	CENTRO	SUERO
18		07/10/2025	NIDIA BUITRAGO	X		CC	52,989,580				42A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
19		07/10/2025	LEIDY YAZMIN DIAZ	X		CC	1,068,976,298				29A	SI	CHOACHI	CENTRO	SUERO

20		08/10/2025	SARA MARIA RINCON RODRIGUEZ	X		RC	1,068,977,959	2A					CHOACHI	VEREDA POTRERO GRANDE	SUERO
21		08/10/2025	JANENSI FUENTES SANABRIA	X		CC	1.07.200.285				20A	NO		RIO NEGRO	SUERO
22		08/10/2025	MARILUZ RODRIGUEZ SOLER	X		CC	1,073,517,733				30A	NO	CHOACHI	VEREDA POTRERO GRANDE	SUERO
23		08/10/2025	SINDY KATHERINE MORA DIAZ	X		CC	1,068,975,742				31A	NO	CHOACHI	VEREDA BOBADILLAS	SUERO
24		09/10/2025	RUTH DEL PILAR DAZA	X		CC	1,055,312,328				38A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
25		09/10/2025	ANDY YAMID PINZON HORTUA		X	TIPO DE ID	1,068,975,126		14A				CHOACHI	VEREDA CHATASUGA	SUERO
26		09/10/2025	DEISY LILIANA HORTUA PULIDO	X		CC	20,384,769				42A	NO	CHOACHI	VEREDA CHATASUGA	SUERO
27		09/10/2025	JENNY KATHERINE PEÑUELA RAMOS	X		CC	1,068,976,824				27A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
28		09/10/2025	ANA PATRICIA LEON BARRERA	X		CC	20,485,823				45A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
29		09/10/2025	STELA HORTUA SALCEDO	X		CC	1,068,974,111				34A	NO	CHOACHI	CHATASUGA	SUERO
30		09/10/2025	TATIANA MARCELA CASTRO	X		CC	1,068,976,368				29A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
31		10/10/2025	MARIA JULIANA CAMARGO	X		CC	1,000,236,368				23A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
32		10/10/2025	CLAUDIA GARZON MOLANO	X		CC	1,068,972,897				38A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
33		10/10/2025	SOLEDAD JIMENEZ ARDILA	X		CC	35,198,355				42A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
34		10/10/2025	MARTHA BIBIANA RODRIGUEZ	X		CC	20,384,829				42A	NO	CHOACHI	RESGUARDO ALTO	SUERO
35		10/10/2025	LINA MORA RODRIGUEZ	X		CC	1,068,976,411				28A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
36		10/10/2025	CLAUDIAANGELICA RODRIGUEZ GOMEZ	X		CC	1,003,475,340				36A	NO	CHOACHI	FERRALARADA	SUERO
37	**	10/10/2025	CLAUDIA CECILIA MORA RODRIGUEZ	X		CC	20,485,871				44A	NO	CHOACHI	SANTA ROSA	SUERO
38	**	10/10/2025	YULY MARITZA BONILLA PUIDO	X		CC	1,018,448,726				33A	NO	CHOACHI	MAZA	SUERO
39		10/10/2025	SAMARA AHUMADA H.	X		RC	1,068,978,151	3M				N/A	CHOACHI	GUAZA	SUERO
40		10/10/2025	MATIAS AHUMADA HERNANDEZ		X	RC	1,231,840,503		6A			N/A	CHOACHI	VEREDA GUAZA	SUERO
41		10/10/2025	SHIRLEY HERNANDEZ A	X		CC	1,052,524,172				21A	NO	CHOACHI	GUAZA	SUERO

42		11/10/2025	EIMY VALENTINA ESCORIHUELA	X		CC	1,206.226.538	4A				N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
43		11/10/2025	DIANA MARIA PARRADO	X		CC	1,068,977,108				26	SI	CHOACHI	LA PALMA	SUERO
44		11/10/2025	DARIANNY CAROLINA OLIVERO CARRILLO	X		PTT	6,037,814			17A		NO	CHOACHI	RESGUARDO	SUERO
45		11/10/2025	DEISY ALEJANDRA ESCORIHUELA DIAZ	X		PTT	5,129,696				38A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
46		11/10/2025	MARCELA PATRICIA RODRIGUEZ	X		CC	1,068,474,470				34A	NO	CHOACHI	RESGUARDO BAJO	SUERO
47	**	11/10/2025	DIANA KATHERINE GUEVARA CUBILLOS	X		CC	1,068,976,153				29A	NO	CHOACHI	RESGUARDO ALTO	SUERO
48	**	11/10/2025	DEISY CONSTANZA HERRERA DIAZ	X		CC	1,068,974,284				35A	NO	CHOACHI	RESGUARDO ALTO	SUERO
49	**	14/10/2025	DERLY YAMILE MARTINEZ DIAZ	X		CC	1,068,974,116				35A	NO	CHOACHI	RESGUARDO ALTO	SUERO
50	**	14/10/2025	DANNA LORENA DIAZ	X		TIPO DE ID	1,068,975,934		12A			NO	CHOACHI	RESGUARDO ALTO	SUERO
51	**	14/10/2025	CLAUDIA ROCIO RIVERA	X		CC	1,068,973,720				36A	NO	CHOACHI	LOS LAURELES	SUERO
52	**	14/10/2025	KELLY JOHANA MARTINEZ SANTANA	X		CC	1,090,408,950				36A	NO	CHOACHI	EL REFUGIO	SUERO
53	**	14/10/2025	ASLEIDY VIVIANA CAMACHO	X		CC	1,070,949,824				33A	NO	CHOACHI	URBANIZACION SAN CARLOS	SUERO
54	**	14/10/2025	DANNA SOFIA USEDA CAMACHO	X		TIPO DE ID	1,170,463,354		10A			N/A	CHOACHI	URBANIZACION SAN CARLOS	SUERO
55	**	15/10/2025	ANGELA OMAIRA GARZON	X		CC	1,068,973,440				36A	NO	CHOACHI	ALTO DEL PALO	SUERO
56	**	15/10/2025	JADE LUCIANA MEZA GOMEZ	X		RC	1,068,977,517		7A			N/A	CHOACHI	BOBADILLAS PARTE BAJA	SUERO
57	**	15/10/2025	ANGIE JIMENA PINZON HORTUA	X		TIPO DE ID	1.068.74.321			16A		NO	CHOACHI	CHATASUGA	SUERO
58	**	15/10/2025	SANDRA MILENA SOLER HERRERA	X		CC	24,234,927				42A	NO	CHOACHI	ALTO DEL PALO	SUERO
59	**	15/10/2025	LINA MARIA BOBADILLA SOLER	X		CC	1,057,842,484			18A		NO	CHOACHI	LA LLANADA	SUERO
60	**	15/10/2025	SANDRA MILENA CASTILLO GLORIA	X		CC	1,032,468,914				30A	NO	CHOACHI	LA VICTORIA	SUERO
61	**	15/10/2025	YUSBELLY QUINTERO BECERRA	X		PTT	7,025,698				24A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
62	**	16/10/2025	MARIANGEL HERREÑO RAMOS	X		RC	1068977561		6A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
63	**	16/10/2025	CRISTINA HERRERA GONZALEZ	X		CC	1068975319				32A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
64	**	16/10/2025	YINETH XIMENA PARDO PARRADO	X		CC	1068974993			18A		NO	CHOACHI	EL CURI	SUERO
65	**	16/10/2025	MARTHA PATRICIA CABEZA CASTELLANOS	X		CC	1068972425				21A	SI	CHOACHI	RIO BLANCO	SUERO

66	**	16/10/2025	CINDY VALENTINA CLAVIJO CLAVIJO	X		CC	1068972518				21A	SI	CHOACHI	CENTRO	SUERO
67	**	16/10/2025	JOHANA LIZETH DIAZ A.	X		CC	1001301007				25A	SI	CHOACHI	MAZA	SUERO
68	**	16/10/2025	NOHRA ROCIO GGARZON GARZON	X		CC	20385097				40A	SI	CHOACHI	POTRERO GRANDE	SUERO
69	**	16/10/2025	CARMEN ALICIA GUEVARA MEZA	X		CC	20384599				44A	NO	CHOACHI	CUCUATE	SUERO
70	**	16/10/2025	HEIDY DAYANA GARCIA RINCON	X		CC	106897637				28A	SI	CHOACHI	SAN CARLOS	SUERO
71	**	17/10/2025	ELIANA ANDREA GONZALEZ AMORTEGUI	X		CC	20385041				40A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
72	**	21/10/2025	BLANCA INES MORA CASTELLANOS	X		CC	20485766				45A	NO	CHOACHI	VILLANUEVA	SUERO
73	**	21/10/2025	MARIA CAMILA RODRIGUEZ	X		TIPO D	1071630520		14A			NO	CHOACHI	GRANADILLO	SUERO
74	**	21/10/2025	LUCERO DEL PILAR MARTINEZ	X		CC	20385077				40A	NO	CHOACHI	VILLA NUEVA	SUERO
75	**	21/10/2025	YENNIFER LORENA RIVERA VARGAS	X		CC	1068972744				20A	NO	CHOACHI	RESGUARDO BAJO	SUERO
76	**	21/10/2025	ARACELY POVEDA AGUILERA	X		CC	20485718				45A	NO	CHOACHI	URBANIZACIO N VILLA	SUERO
77	**	21/10/2025	LUZ MYRIAM LEAL AGUILERA	X		CC	1068973354				37A	NO	CHOACHI	URBANIZACIO N VILLA	SUERO
78	**	21/10/2025	DIANA CARDENAS NOVA	X		CC	20627144				44A	NO	CHOACHI	LA VICTORIA	SUERO
79	**	21/10/2025	CAMILA VANESA JARA CHOQUE	X		CC	1192732388				23A	NO	CHOACHI	RESGUARDO SUR	SUERO
80	**	22/10/2025	LIDA CAMILA BARRERTO CASTILLO	X		CC	1068976728				28A	NO	CHOACHI	TERMALES	SUERO
81	**	22/10/2025	ANA MILENA TORRES GONZALEZ	X		CC	1068974147				35A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
82	**	22/10/2025	DEISY MILENA BARRAGAN TORRES	X		CC	1068973693			18A		NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
83	**	22/10/2025	ARIANNY VALENTINA GONZALEZ RIVAS	X		RC	1028703325	3A				N/A	CHOACHI	SAN CARLOS	SUERO
84	**	22/10/2025	JUAN IGNACIO GARAY P.		X	TIPO DE ID	1029149380		14A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
85	**	22/10/2025	YISEL RIVEROS MARTINEZ	X		CC	1068973230				37A	NO	CHOACHI	QUIUZA	SUERO
86	**	22/10/2025	THAMARA PARDO RIVEROS	X		TIPO D	1068976866		9A			N/A	CHOACHI	QUIUZA	SUERO
87	**	22/10/2025	LUZ MIRYAM POVEDA B.	X		CC	20385053				40A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
88	**	23/10/2025	NANCY MAGNOLIA GONZALEZ AMORTEGUI	X		CC	1068973609				36A	NO	CHOACHI	FERRALARADA	SUERO
89	**	23/10/2025	LEIDY VIVIANA RODRIGUEZ GOMEZ	X		CC	1068975870				30A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
90	**	23/10/2025	FRANCY GOMEZ RODRIGUEZ	X		CC	1068977043				26A	SI	CHOACHI	CENTRO	SUERO
91	**	23/10/2025	MARIA CAMILA SALCEDO ROMERO	X		CC	1068972105				29A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO

92	**	24/10/2025	ANA MARIA RODRIGUEZ BARRETO	X		CC	1068974355			16A			NO	CHOACHI	EL REFUGIO	SUERO
93	**	24/10/2025	MARIA DANIELA GUTIERREZ AMORTEGUI	X		CC	1068973683			18A			NO	CHOACHI	VILLA ESPERANZA	SUERO
94	**	24/10/2025	LORENA ESTUPIÑAN FONSECA	X		CC	1033737903				34A		NO	CHOACHI	SAN CARLOS	SUERO
95	**	24/10/2025	SUSANA INES PARDO	X		CC	1068972220				39A		NO	CHOACHI	SAN CARLOS	SUERO
96	***	24/10/2025	KATHERIN SOFIA MARTINEZ TAPASCO	X		RC	1249968554	2A					N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
97	**	24/10/2025	MARIA VICTORIA ROMERO DIAZ	X		TIPO D	1068977496		7A				N/A	CHOACHI	RESGUARDO ALTO	SUERO
98	**	24/10/2025	MARIA VALENTINA DIAZ MORA	X		TIPO D	1068976440		10A				N/A	CHOACHI	EL PULPITO	SUERO
99	**	24/10/2025	JUAN DIEGO ROMERO DIAZ		X	TIPO D	1068975812		12A				N/A	CHOACHI	RESGUARDO ALTO	SUERO
100	**	24/10/2025	JOEL ZAID ROJAS MORA		X	TIPO D	1122938761		7A				N/A	CHOACHI	FERRALARADA	SUERO
101	**	24/10/2025	CLAUDIA YISELA MORA GONZALEZ	X		CC	1030535448				38A		NO	CHOACHI	FERRALARADA	SUERO
102	**	24/10/2025	FANNY LILIANA PARDO RINCON	X		CC	1068972407				39A		NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
103	**	24/10/2025	DANIEL MATHIAS GONZALEZ PARDO		X	TIPO D	1068977262		8A				N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
104	**	24/10/2025	NICOLLE JULIANA MORA CRUZ	X		TIPO D	1068973920			17A			NO	CHOACHI	CUCUATE	SUERO
105	**	24/10/2025	CRISTINA ISABEL RUIZ PEREZ	X		CC	1040496010				37A		NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
106	**	24/10/2025	ALEJANDRA VARGAS GARZON	X		TIPO D	1010094119				25A		NO	CHOACHI	PULPITO	SUERO
107	**	24/10/2025	IAN ALFONSO GARAY RUIZ		X	RC	1026601952		6A				N/A	CHOACHI	EL BOSQUE	SUERO
108	**	25/10/2025	LEIDY VIVIANA FORERO MOLINA	X		CC	1068977309				26A		SI	CHOACHI	VIA EL REFUGIO	SUERO
109	***	28/10/2025	MARIA CALORINA MARTINEZ CASTILLO	X		CC	20485989				45A		NO	CHOACHI	MAZA	SUERO
110	***	28/10/2025	DIANA ROCIO LOPEZ GARZON	X		CC	1068977142				26A		NO	CHOACHI	POTRERO GRANDE	SUERO
111	***	28/10/2025	DEYSI YOVANA GARAY LOPEZ	X		CC	20384581				44		NO	CHOACHI	RESGUARDO BAJO	SUERO
112	***	28/10/2025	DORA INES HORTUA RODRIGUEZ	X		CC	1068972057				38A		NO	CHOACHI	EL HATO	SUERO
113	***	28/10/2025	ANA SOFIA GARZON MARTINEZ	X		TI	1068974123			17A			NO	CHOACHI	EL BOSQUE	SUERO
114	***	28/10/2025	KAROL JULIANA DIAZ CASTILLO	X		CC	1003475451				24A		NO	CHOACHI	CHIVATE	SUERO
115	***	28/10/2025	YURY ALEJANDRA MORA DIAZ	X		CC	1068976943				27A		NO	CHOACHI	QUIUZA	SUERO
116	***	28/10/2025	MARIA ISABEL RODRIGUEZ BARRETO	X		CC	20384890				42A		NO	CHOACHI	RESGUARDO SUR	SUERO
117	***	28/10/2025	ELIANA LICEHT RODRIGUEZ MARTINEZ	X		CC	1000224671				23A		NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
118	***	30/10/2025	LUZ DANIELA PEREZ CARDENAS	X		CC	1066269070				25A		NO	CHOACHI	BOBADILLAS	SUERO
119	***	30/10/2025	GLADYS ESTELA ALAYON AMORTEGUI	X		CC	1068973364				37A		NO	CHOACHI	ALTO DEL PALO	SUERO
120	***	30/10/2025	ERIKA MAHECHA VELASQUEZ	X		CC	1007268942				38A		NO	CHOACHI	RESGUARDO SUR	SUERO

121	***	30/10/2025	ROCIO DEL PILAR RINCON AGUDELO	X		CC	20384709				43A	NO	CHOACHI	LA LLANADA	SUERO
122	***	30/10/2025	VALERY YULIANA CARVAJAL DIAZ	X		TI	1068975706		13A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
123	***	30/10/2025	LUZ MIRYAM DIAZ RODRIGUEZ	X		CC	1068976606				28A	NO	CHOACHI	QUIUZA	SUERO
124	***	30/10/2025	ANGEL GABRIEL PRIETO RINCON		X	RC	1068977671	5A				N/A	CHOACHI	LA LLANADA	SUERO
125	***	30/10/2025	YENNI ROCIO GUTIERREZ CLAVIJO	X		CC	20384602				42A	NO	CHOACHI	EL BOSQUE	SUERO
126	***	30/10/2025	KAREN NATALIA RODRIGUEZ VIRGUEZ	X		CC	1019604256				20A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
127	***	30/10/2025	SANDRA YANETH DIAZ PARDO	X		CC	20384610				44A	NO	CHOACHI	BOBADILLAS	SUERO
128	***	30/10/2025	ALICIA RODRIGUEZ RIVERA	X		CC	20384995				40A	NO	CHOACHI	EL HATO	SUERO
129	***	30/10/2025	JENNYMARCELAARAMOS TRIVIÑO	X		CC	1068975697				31A	NO	CHOACHI	VILLA ESPERANZA	SUERO
130	***	30/10/2025	DANIELA ESCOBAR PAREJA	X		CC	1020824757				28A	NO	CHOACHI	VILLA ESPERANZA	SUERO
131	***	30/10/2025	ANA MARICEL GOMEZ	X		CC	20485973				44A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
132	***	30/10/2025	KAROL BAQUERO FLOREZ	X		CC	1068976969				26A	NO	CHOACHI	SAN CARLOS	SUERO
133	***	30/10/2025	LIZETH PAOLA RIOS VITATA	X		CC	1068976336				29A	NO	CHOACHI	SAN CARLOS	SUERO
134	***	30/10/2025	DIANA FERNANDA AGUILAR DIAZ	X		CC	1068976773				27A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
135	***	30/10/2025	SARAH LUCIANA FUENTES HORTUA	X		RC	1068976644	5A				N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
136	***	30/10/2025	HEIDY VALERIA RINCON LOPEZ	X		TI	1068977531		7A			N/A	CHOACHI	POTRERO GRANDE	SUERO
137	***	30/10/2025	SILVANA LORENA TAPASCO LOAIZA	X		CC	1068973853				24A	NO	CHOACHI	RESGUARDO BAJO	SUERO
138	***	01/11/2025	LILI YURANI MOTTA DAZA	X		CC	1061796698				29A	NO	CHOACHI	RESGUARDO BAJO	SUERO
139	***	01/11/2025	JULIANA LIZETH RODRIGUEZ PULIDO	X		CC	1003475771				22A	NO	CHOACHI	RIO BLANCO	SUERO
140	***	01/11/2025	DIANA CAROLINA PARDO MARTINEZ	X		CC	1068975014				33A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
141	***	01/11/2025	ANDREA LILIANA PEÑA CUBILLOS	X		CC	20384674				43A	NO	CHOACHI	CHIVATE	SUERO
142	***	06/11/2025	LINA ACOSTA ORTEGA	X		CC	1002463139				26A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
143	***	08/11/2025	MONICA ANDREA GOMEZ	X		CC	1068972234				21A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
144	***	08/11/2025	SEBASTIAN DANILO CLAVIJO RAIGOSO		X	RC	1068978165	23D				N/A	CHOACHI	GRANADILLO	SUERO
145	***	08/11/2025	JULIAN ANDRES RIVERA AMORTEGUI		X	TI	1068976613		10A			N/A	CHOACHI	MAZA	SUERO
146	***	08/11/2025	WENDY YURANI LOPEZ GAMBOA	X		CC	1071631122				29A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
147	***	08/11/2025	DANIEL SANTIAGO TORRES LOPEZ		X	TI	1071631612		10A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
148	***	08/11/2025	JUAN CAMILO TORRES LOPEZ		X	RC	1076202149	5A				N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
149	***	08/11/2025	FRANCY YOANA RINCON JARA	X		CC	20485697				45A	NO	CHOACHI	ALTO DE LA VIRGEN	SUERO
150	***	08/11/2025	ALEXANDRA LEON CASTILLO	X		CC	20485941				45A	NO	CHOACHI	CHIVATE	SUERO
151	***	08/11/2025	MERLY NATALIA URREGO LINARES	X		CC	1000365719				22A	NO	CHOACHI	FERRALARADA	SUERO
152	***	08/11/2025	YUDY CAROLINAAGUDELO CASTRO	X		CC	1068972650				20A	NO	CHOACHI	CENTRO	SUERO
153	***	08/11/2025	DAVID SANTIAGO RICAURTE GARCIA		X	TI	1023932448		13A			N/A	CHOACHI	RESGUARDO SUR	SUERO
154	***	08/11/2025	LAURA VALENTINA RICAURTE MAHECHA	X		TI	1068977007		9A			N/A	CHOACHI	RESGUARDO SUR	SUERO
155	***	08/11/2025	ADRIANA MARIA CARO PARDO	X		CC	204885881				45A	NO	CHOACHI	EL PULPITO	SUERO
156	***	08/11/2025	KAROL VALENTINA GARAY DELGADILLO	X		CC	1000790735				22A	SI	CHOACHI	RESGUARDO SUR	SUERO
157	***	08/11/2025	LUISA BRIYITH CAMELO CIFUENTES	X		TI	1068977374		7A			N/A	CHOACHI	RESGUARDO BAJO	SUERO
158	***	11/11/2025	THAMARA PARDO RIVEROS	X		TI	1092958519		10A			N/A	CHOACHI	VILLA ESPERANZA	SUERO

159	***	11/11/2025	LUCIANA BELTRAN MARTINEZ	X		TI	1068977308		8A			N/A	CHOACHI	URNANIZACO N SAN CARLOS	SUERO
160	***	11/11/2025	EVELIN SOFIA RODRIGUEZ MORA	X		RC	1068977550		6A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
161	***	11/11/2025	MARIA GABRIEL LEON RIVERA	X		RC	1068977543		6A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
162	***	11/11/2025	OSNEYDI YERIANNY CANO GUILLEN	X		TI	PTT 5188197		8A			N/A	CHOACHI	SANTA ROSA	SUERO
163	***	11/11/2025	EMILY MAILEN HERRERA CEPEDA	X		TI	1068976627		10A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
164	***	11/11/2025	MARIA JOSE PARDO VARELA	X		TI	1068977175		8A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
165	***	11/11/2025	LIAM SAMUEL PULIDO SOSA		X	TI	1021693086		8A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
166	***	11/11/2025	ORIANA ISABELL SAAVEDRA SUAREZ	X		TI	1031848247		8A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
167	***	11/11/2025	SAMUEL RIVEROS NIETO		X	TI	1032500935		9A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
168	***	11/11/2025	LAURA JULIANA RODRIGUEZ SUAREZ	X		CC	1000272777				23A	N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
169	***	11/11/2025	MARTINA TELLES PULIDO	X		TI	1016914020		8A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
170	***	11/11/2025	ANDRES TELLES PULIDO		X	TI	1013020439		11A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
171	***	11/11/2025	SAMUEL ESTEBAN VALDERRAMA MORA		X	TI	1068977196		8A			N/A	CHOACHI	SAN CARLOS	SUERO
172	***	11/11/2025	SAMUEL STIVEN GUEVARA CASTRO		X	TI	1068977185		8A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
173	***	11/11/2025	MATHIAS DIAZ PARRADO		X	TI	1068977425		7A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
174	***	12/11/2025	MARYHAM SOPHIA GONZALEZ PINZON	X		RC	143765969	2A				N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
175	***	12/11/2025	LEIDY PAOLA PINZON MARTINEZ	X		CC	1068977232				26A	N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
176	***	12/11/2025	EILEEN MARIANA GONZALEZ GOMEZ	X		TI	1068976817		9A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
177	***	12/11/2025	JOEL SANTIAGO GONZALEZ GOMEZ		X	TI	1068977515		7A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
178	***	12/11/2025	ERYTH YASEP LOPEZ BERMUDEZ		X	TI	1071989995		8A			N/A	CHOACHI	RESGUARDO BAJO	SUERO
179	***	12/11/2025	SANTIAGO CRUZ RINCON		X	TI	1068976981		9A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
180	***	12/11/2025	JERONIMO GARZON BLANCO		X	TI	1233905216		8A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO
181	***	12/11/2025	LUCIANA IDALID PULIDO MARTINEZ	X		TI	1068976302		11A			N/A	CHOACHI	CENTRO	SUERO

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**07/11/2025**

INFORMACIÓN GENERAL	
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina	
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR	
Nombres y apellidos: Martha Bibiana Rodríguez León	Cargo: Auxiliar de enfermería
Correo electrónico institucional: bibianar1983@hotmail.com	Teléfono:3152470810
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)	
Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro) otro	
Nombre del beneficiario: escuela de formación banda sinfónica SENA	Correo electrónico
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Choachí Cundinamarca	
Número total de beneficiarios: 21 participantes	
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Acciones de promoción y prevención de la salud relacionadas con la enfermedad de Chagas	
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Apoyar la ejecución de acciones del programa departamental de enfermedades transmitidas por vectores (ETV) y zoonosis en el municipio de Choachí, en la prevención, promoción, atención y control, acorde con los lineamientos nacionales en la interrupción de la trasmisión intradomiciliaria de tripanosoma cruzy (pito).	
ACTIVIDADES REALIZADAS	
El día 07/11/2025 en las instalaciones del SENA, primer piso escuela de formación banda sinfónica, siendo las 3:30pm se inicia taller educativo con la asistencia de	

profesor Juan Fierro, Daniela Escobar psicóloga del grupo de la concurrencia y estudiantes, se utiliza cartelera y dibujo de triatomino para realizar la introducción sobre la enfermedad de Chagas, algunos estudiantes refieren que ya saben sore la enfermedad por que asistieron a la sensibilización en la escuela Laureano Gómez, se les manifiesta que se envió al señor coordinador toda la información en medio digital para que se a remitido a los padres de familia.



Se explica ¿qué es la enfermedad de Chagas?, ¿Cómo se trasmite? Signos y síntomas en fase aguda y crónica, la forma de prevenir la enfermedad, la importancia de realizarse el tamizaje y la población priorizada para la realización de este y poder detener la trasmisión intradomiciliaria de la enfermedad, poder diagnosticar y dar tratamiento a los usuarios que resulten positivos se realiza por una muestra de sangre con previo diligenciamiento del consentimiento informado

- ✓ Niños y niñas de 0 a 5 años
- ✓ Niños y niñas de 6 a 14 años
- ✓ Mujeres en edad fértil de 15 a 45 años
- ✓ Mujeres en estado de gestación

Se explica que, si observan el vector en sus casas o fincas, se debe recoger vivo en una botella y a esta realizarle huecos pare evitar que se muera, será llevado a

secretaria de salud para verificar si se trata de triatomino trasmisor de la enfermedad.

No se cuanta, con preguntas, siendo las 04:00pm se da por finalizado el taller en el entorno educativo.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒SI ☒NO

Observaciones:

Se Anexa planilla de asistencia

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	7 NOV 2025
LUGAR:	Sede DENA - Escuela Banda Sinfonica	HORA INICIO:	3:30pm.
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	4:00 pm

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN: DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	INDÍGENA	AFRODESCENDIENTE	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	REINTEGRADO(A)	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	SISBEN	TELEFONO	F. NAC	FIRMA
1	Maria Jose Valdes		10	F	Choachi	Villaesperanza	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N		312 7156030		Maria
2	Maria Ospina		9	F	Choachi	San carlos	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	P		3102008860		
3	Laura Ricaurte		9	F	Choachi	Resguardo	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a					Laura V.
4	Katherine Tovar	1068971605	16	F	Choachi	centro	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a			3133308891		Katherine
5	Ian Hortua		9	M	Choachi	Villaesperanza	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a			3212111804		Ian Santiago
6	Gabriela Bayona	1065975654	12	F	Choachi	Santa Rosa	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a			3112059169		X
7	Salome Vargas	1123809166	14	Femenino	Choachi	San Carlos	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a			3025549969		Salomé V.
8	Fernando Amortegui	1068975176	14	Masculino	Choachi	Perralaboda	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a			3125028109		Fernando A.
9	Harold Cotrino	1023980241	12	Masculino	Choachi	Pena	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a					Harold C.C
10	Andres Cayuzga		11	Masculino	choachi	villaesperanza	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a			3148844371		
11	Samuel Rios	1068975776	12	masculino	choachi	La Victoria	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a			372 327 00 72		Jesus
12	Katherine Salcedo	1068975603	13	Femenino	Choachi	Resguardo Bajo	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a			3138101933		
13	Camila Briceño	1030652797	12	Femenino	Choachi	Choachi	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a			3143783791		

RESPONSABLE		GERENCIA	

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	7 Nov 2025
LUGAR:	Sede SENA - Escuela Banda Sinfonica	HORA INICIO:	3:30pm
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	4:00pm.

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN: DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	INDÍGENA	AFRODESCENDIENTE	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	REINTEGRADO(A)	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	EDAD	TELEFONO	E-MAIL	FIRMA
1	Gaby Garay	1147489007	11	F	Chocachi	Urbano	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA			3046251740		Gaby G
2	Lukas Torres		10	M	Chocachi	urbano	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA					Lucas T
3	Yenny Barbosa	1068974951	15	F	chocachi	Rural	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA			3204617592		Yenny
4	Stefany Cubillos		15	F	chocachi		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA			3214498161		Stefany
5	Nicolas Guerrera	1068176061	12	M	Chocachi	Rural	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA			3227486789		
6	Angie Guevara	1066729051	12	F	Chocachi	Rural	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA			3195860571		Angie
7	Mathias Torres		10	M	Chocachi		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA			3222678		
8	Juan E. Freire	1016001008	38	M	Chocachi	Urbano	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA			3144575851		
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						

RESPONSABLE		GERENCIA	

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 37

LUGAR: Sede SENA- Escuela banda sinfónica

EVENTO: Sensibilización al entorno educativo sobre el tamizaje de la enfermedad de Chagas

FOTO N° 37 de 07/11/2025
Fecha de toma (día/mes/año):

PROVINCIA: de Oriente



FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS





Observaciones:

_____
_____
_____.

OBJETIVO DE LA REUNION:	FECHA:	ACTA No.
Realizar proceso de sensibilización a la comunidad sobre el tamizaje para la enfermedad de Chagas	07 noviembre de 2025	025

LUGAR:	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
Colegio Ignacio Pescador sede escuela Laureano Gómez y jardín infantil el paraíso de los niños	07:00am	11:00 am

ORDEN DEL DÍA

1. presentación
2. proyección videos sobre enfermedad de Chagas
3. Explicación sobre el tamizaje para la detección de la enfermedad de Chagas
4. preguntas
5. Cierre

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Siendo las 07:00 am del día 07 de noviembre de 2025, en las instalaciones del colegio Ignacio Pescador, auditorio sede de la escuela Laureano Gómez, con la colaboración del señor coordinador Jorge Morera, la asistencia de la doctora Maira Martínez bacterióloga, Julián Arrieta auxiliar de ETV, Daniela Escobar psicóloga, Ana María Romero técnico ETV y Bibiana Rodríguez auxiliar toma de muestras, cada profesional realiza una intervención corta sobre su enfoque en la concurrencia se da inicio a la jornada de la sensibilización sobre la enfermedad de Chagas y la importancia de la realización del tamizaje a la población priorizada por medio de vadeaban se proyectan dos videos de la organización panamericana de la salud " Chagas la enfermedad silenciosa " https://www.youtube.com/watch?v=8h9GzYWvZW4
"Trasmisión del Chagas desde las zonas rurales a las zonas urbanas" https://www.youtube.com/watch?v=3QBowfAQCi4. Por medio es estas ayudas se explica a los niños como se trasmite la enfermedad, los síntomas de la enfermedad en fase crónica y como se realiza el tamizaje para poder diagnosticar la enfermedad e iniciar tratamiento para curarla en la población priorizada. se finaliza sensibilización siendo las 9:00am.

A las 10:00 se da inicio a la jornada de sensibilización a los niños de la sede jardín el

paraíso de los niños, por medio de imagen del triatomino “pito”, niño pregunta si ellos pueden recoger al pito, se le manifiesta que se debe pedir la ayuda a los padres e ingresarlo a una botella con huecos para que no se muera. Siendo las 11:00am se da por finalizada sensibilización en jardín infantil. Se envía mensaje al señor coordinador para remitirlo a los padres de familia por medio de los grupos de WhatsApp para la autorización del tamizaje.

Desde la secretaria de salud del departamento de Cundinamarca y la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Fomeque, se lidera el programa para la interrupción intra domiciliaria de la enfermedad de Chagas, teniendo en cuenta que actualmente en el municipio se tienen casos de la enfermedad en etapa crónica, extendemos la invitación a los padres de familia para que sean participes de las prueba de toma de sangre a los niños y padres que se encuentren dentro de la población priorizada, la cual se realizara, los días 11 y 12 de noviembre en las instalaciones de la escuela Laureano Gómez, diligenciar consentimiento informado.
Gracias
Concurrencia Chagas.

Se anexan las ayudas de manera digital a padres de familia.





Como resultado de la jornada de sensibilización, el día 11/11/2025, se asiste a la sede de la Escuela Laureano Gómez, en el auditorio se dispone un espacio para la toma de la muestra sanguínea, se explica a papas y/o acudientes la forma del diligenciamiento del consentimiento informado, se utilizan elementos de protección personal.



se realizó la toma de dieciséis (16) muestras, de las cuales quince (15) usuarios pertenecen a la población de niños y niñas de 6 a 14 años, uno (01) pertenece a la población de mujeres en edad fértil de 15 a 45 años.

El día 12/11/2025 se asiste al jardín infantil el paraíso de los niños, donde docentes manifiestan que ningún padre autorizo la toma de la muestra, nuevamente se asiste a las instalaciones de la escuela Laureano Gómez, de esta intervención se abstuvieron los

siguientes resultados



se realizó la toma de ocho (08) muestras, de las cuales seis (06) usuarios pertenecen a la población de niños y niñas de 6 a 14 años, uno (01) usuario pertenece a la población de mujeres en edad fértil de 15 a 45 años, uno (01) pertenece a la población de niños y niñas menores de 5 años. Siendo las 11:00 am se termina la intervención en el parque principal del municipio.

CONCLUSIONES

Se realizo sensibilización a estudiantes de la sede escuela Laureano Gómez y jardín infantil el paraíso de los niños

Se envía da manera digital la información con el fin de que los papa asistan a la escuela los días 11 y 12 de noviembre a la firma d ellos consentimientos informados para la realización del tamizaje de la muestra de sanguínea.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Realizar capacitación para sensibilizar a niños y niñas que se encuentran priorizados para la realización del tamizaje de la enfermedad de Chagas	Durante la ejecución de la concurrencia	Bibiana Rodríguez León

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	07 NOV 2025
LUGAR:	Colegio Ignacio Pescador - Sede el Paraiso de los niños Transición 2	HORA INICIO:	10:30 am.
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	11:100 m.

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN																			FIRMA
							DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	REINTEGRADOS	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	JOVEN	TELEFONO	# HIJOS						
1	Alan Cano Florez	1066305353	5a	M	Chocachi																					
2	Emy Castellanos B	1068977647	6a.	F	Chocachi																					
3	Jorge Castillo	1076132364	7a	M	Chocachi																					
4	Mich Contreras	1068977650	6a	F	Chocachi																					
5	Dominic Cruz	1076202082	7a	M	Chocachi																					
6	Gabriel Cubillos León	1068977619	6a	M	Chocachi																					
7	Leslie Diaz Suarez	1068977632	6a	F	Chocachi																					
8	Zarah Fuentes H.	1068977644	6a	F	Chocachi																					
9	Ashley Gómez M	1068977693	5a	F	Chocachi																					
10	Diego Gutierrez P.	1068977623	6a	M	Chocachi																					
11	Eian Linares P.	1074829172	5a	M	Chocachi																					
12	Zaid López Suarez	1044940772	5a	M	Chocachi																					
13	Sara Heredes L.	1068977617	6a	F	Chocachi																					

RESPONSABLE		GERENCIA	

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	07 NOV 2025
LUGAR:	Colegio Ignacio Pescador - Sede el Paraiso de los niños Traccion 2	HORA INICIO:	10:30am.
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	11:10am

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN	TELEFONO	E-MAIL	FIRMA
1	Juan Molano A.	1068977654		M	Chocachi					
2	Jazlyn Molano	1068977688		F	Chocachi					
3	Celeste Rincon S	1141527757		F	Chocachi					
4	Melany Rivera Sab	1016968793		F	Chocachi					
5	Melany Riveros C.	1068977678		F	Chocachi					
6	Mª José Rodriguez	1068977596		F	Chocachi					
7	Liam Rodriguez P.	1076202166		M	Chocachi					
8	Angel Rodriguez	1096515357		M	Chocachi					
9	Tania Toledo	1011259050		F	Chocachi					
10	Flor Marina Torres	20485301	50 a	Femenino	Chocachi	R.		319267946.		20485301.
11										
12										
13										

RESPONSABLE		GERENCIA	

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	07 NOV 2025
LUGAR:	Colegio Ignacio Pescador Sede el Paraiso de los ninos Transicion 1	HORA INICIO:	11: 15 am.
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	11: 40 am.

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN																	
							DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RROM	JOVEN	PRE-ESCOLAR	NIÑA	NIÑO	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	ADULTO	ADULTO MAYOR	# MAN	FIRMA
1	Luis Arroyo	1102550607	5a	M	Chocontá																			
2	Montserrath Bareto	1023897203	5a	F	Chocontá																			
3	Valentina Celis	1116669150	6a	F	Chocontá																			
4	Sara Faero	106897 7040	6a	F	Chocontá																			
5	Ian Gaitan	1026601952	5a	M	Chocontá																			
6	Stefany Hueta	1016837457	6a	F	Chocontá																			
7	Ian Leyton R.	1068977634	5a	M	Chocontá																			
8	Dilmar Lemus C.	NJ 37853849345			Chocontá																			
9	Ashley Maeno S	NJ 37853693041	5a	F	Chocontá																			
10	Alan Pardo Garcia	1068977303	5a	M	Chocontá																			
11	Bastian Pardo	1068977602	6a	M	Chocontá																			
12	Elian Pertuz	1081838569	6a	M	Chocontá																			
13	Mariana Pinzón	1206226059	5a	F	Chocontá																			

RESPONSABLE		GERENCIA	

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	07 Nov 2025
LUGAR:	Colegio Ignacio Pescady - Sede el Rubiso de los niños Transicion 1	HORA INICIO:	11:15 am
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	11:40 am

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN: DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	INDÍGENA	AFRODESCENDIENTE	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	REINTEGRADO/A	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	JOVEN	TELÉFONO	E-MAIL	FIRMA
1	Cristian Garcia	1003167833	29	Masculino	Chocachi	urbano														3135641169	cgarcia@gmail.com	
2	Joshue Ramirez	1020239490	6a.	M	Chocachi																	
3	Juliana Roa	1068977667	5a	F	Chocachi																	
4	Emily Rodriguez	1071631942	5a.	F	Chocachi																	
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						

RESPONSABLE		GERENCIA	

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 34

LUGAR: Colegio Ignacio Pescador sede escuela Laureano Gómez- jardín infantil el paraíso de los niños

EVENTO: Sensibilización entorno educativo sobre enfermedad de Chagas para realización del tamizaje a la población priorizada

FOTO N° 34 de 07/11/2025
Fecha de toma (día/mes/año):

PROVINCIA: de Oriente



FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS





FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS








7/11/2025
Altitud:1957.8msnm
Velocidad:1.2km/h
Número de índice: 647


7/11/2025


10:49
AM
Vie
Choachi

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS





Observaciones:

_____
_____
_____.

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**10/11/2025**

INFORMACIÓN GENERAL	
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina	
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR	
Nombres y apellidos: Martha Bibiana Rodríguez León	Cargo: Auxiliar de enfermería
Correo electrónico institucional: bibianar1983@hotmail.com	Teléfono:3152470810
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)	
Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro) otro	
Nombre del beneficiario: Oficina Banco Bogotá	Correo electrónico
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Choachí Cundinamarca	
Número total de beneficiarios: 10 participantes	
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Acciones de promoción y prevención de la salud relacionadas con la enfermedad de Chagas	
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Apoyar la ejecución de acciones del programa departamental de enfermedades transmitidas por vectores (ETV) y zoonosis en el municipio de Choachí, en la prevención, promoción, atención y control, acorde con los lineamientos nacionales en la interrupción de la trasmisión intradomiciliaria de tripanosoma cruzy (pito).	
ACTIVIDADES REALIZADAS	
El día 06 de noviembre se solicita con gerente de Banco Bogotá María Alejandra Romero, un espacio para la realización del taller en la oficina del Banco Bogotá	

sede Choachí, quien acepta, el día 10 de noviembre siendo las 7:40 am se da inicio al taller del entorno laboral sobre enfermedad de Chagas.

Asistente manifiesta que su hijo que se encuentra estudiando en la escuela Laureano Gómez le conto sobre lo que hace el "pito" y vio la información que le envió el docente al WhatsApp, refiere que no puede asistir el día 11 y 12 para la toma de la muestra, pero el día sábado lo llevara al centro de salud.



Se inicia charla explicando ¿qué es la enfermedad de Chagas?, ¿Cómo se trasmite? Signos y síntomas en fase aguda y crónica, la forma de prevenir la enfermedad, la importancia de realizarse el tamizaje y la población beneficiada para la realización de este, se explica que se toma la muestra sanguínea y se lleva al laboratorio de salud pública para su procesamiento.

¡No se requiere orden médica, es gratis Se manifiesta que es importante conocer de la enfermedad para poder detener su trasmisión domiciliaria, por esta razón se entrega del folleto para que sea socializado en sus casas!













No se cuenta con preguntas, siendo las 8:00 am se da por finalizado el taller en el entorno laboral.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒SI ☐NO

Observaciones:

Se Anexa planilla de asistencia

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDS-09-002
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA: No. 1213 - Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis

LUGAR: Oficina Barro Bogotá

DEPENDENCIA QUE COORDINA:

FECHA: 10/11/2025

HORA INICIO: 09:40 am.

HORA FIN: 8:00 am.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN														FIRMA
							DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	ACADÉMICA	APOYO ALCOMPRADO	RACIAL	PALENQUERO	ROM	REINSERTADOS	JEFE DE HOGAR	LGBTIQ+	MIGRANTE	TELÉFONO	CORREO	
1	Yenny Rocio Gutierrez	1073159258	36	Femenino	Chocontá	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	3327505	Yenyrocio89@gmail.com	
2	Zoraida Rivera C	1069976918	27	Femenino	Chocontá	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	3142056681	Zoraida210@hotmail.com	
3	Angela Catherine Martinez	1073156323	28	Femenino	Chocontá	Urbano	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	3123156323	angelakatherine@gmail	
4	Heidy Viviana Rodriguez	1069972209	38	Femenino	Chocontá	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	3108949169	vivi[illegible]@gmail.com	
5	Bernardita Martinez	20484308	56	Fem.	Chocontá	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	3208537283		
6	Maria Alejandra Romero	1030618204	32	Femenino	Chocontá	Urbano	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	3016348665	alejo.1148@hotmail.com	
7	Yenny Fernandez	1004042853	35	Femenino	Chocontá	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	3102474645	Yennyfernandez@hotmail	
8	Yuli Hanzel Zarate	1091631427	28	Femenino	Chocontá	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	3108882103	mariyzarate1966@gmail.com	
9	Erika Lorena Ramirez	1091631146	29	Femenino	Chocontá	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	3125487881	lorenaramirez@hotmail.com	
10	Nathali Agudelo	1071629568	35	Femenino	Chocontá	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	3107897201	agudelo.lorena.nathalie@gmail.com	
11																					
12																					
13																					

RESPONSABLE

GERENCIA

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 39

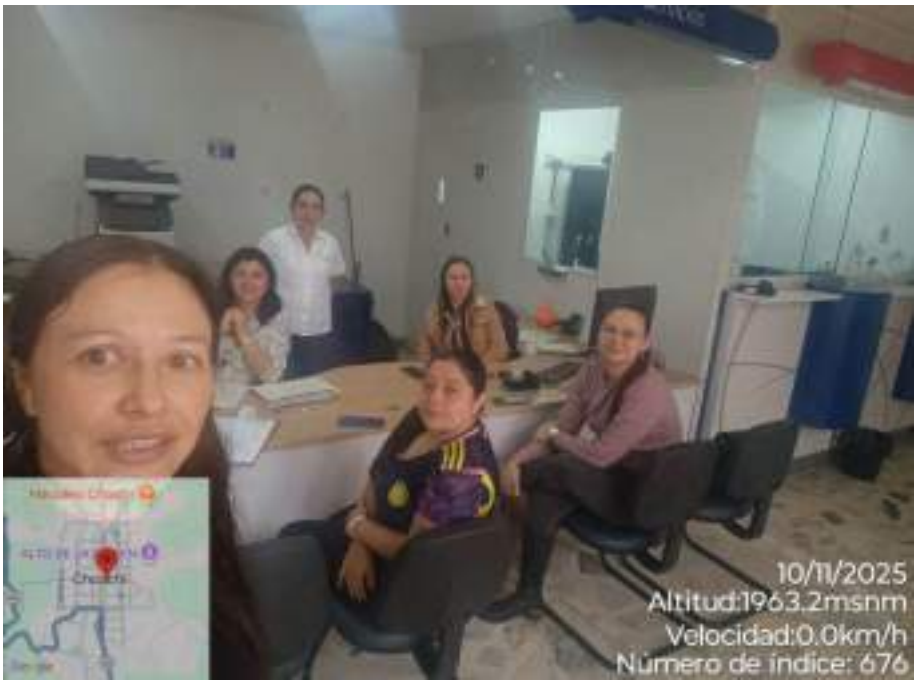
LUGAR: Sucursal oficina Banco Bogotá

EVENTO: Sensibilización al entorno laboral sobre el tamizaje de la enfermedad de Chagas

FOTO N° 39 de 10/11/2025
Fecha de toma (día/mes/año):

PROVINCIA: de Oriente







Observaciones:

_____
_____
_____.

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**14/11/2025**

INFORMACIÓN GENERAL	
Medio de Asistencia Técnica: ☐Campo ☐Virtual ☒Oficina	
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR	
Nombres y apellidos: Martha Bibiana Rodríguez León	Cargo: Auxiliar enfermería
Correo electrónico institucional:	Teléfono: 3152470810

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)	
Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro)	
Nombre del beneficiario:	Correo electrónico
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica:	
Número total de beneficiarios:	

TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Análisis búsqueda activa institucional

OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Realizar la búsqueda activa institucional con base en la fuente de información RIPS para la enfermedad de Chagas

ACTIVIDADES REALIZADAS

En la ejecución de la tercera entrega de la concurrencia, comprendido entre el 31/10/2025 al 14/11/2025, se realiza la búsqueda activa institucional (BAI) la cual realiza el rastreo de casos sospechosos para enfermedad de Chagas asociado a la consulta en la institución, en este caso en la atención de los usuarios que ingresan a los servicios por consulta externa y urgencias del centro de salud en Choachí, se realiza la búsqueda en los registros individuales de prestación de servicios de salud-RIPS, en estos registros se encuentran la información del usuario y el motivo que origino la prestación del servicio (diagnostico), se busca el código CIE-10 que aplique a la enfermedad o que sea sugestiva de la enfermedad por parte de los médicos.

Códigos CIE-10

B57: Enfermedad de Chagas (el código general).
B57.0: Enfermedad de Chagas aguda con afectación cardíaca.
B57.1: Enfermedad de Chagas aguda sin afectación cardíaca.
B57.2: Enfermedad de Chagas (crónica) con afectación cardíaca

Se realiza el cruce de los códigos CIE-10 asociados a la patología, con las bases de los RIPS del corte del 31/10/2025 al 14/11/2025, del servicio de consulta externa, no se encuentran casos de pacientes con enfermedad de Chagas.

Definición de caso: paciente que refiera fiebre, malestar general, cansancio, "maluquera" calentura, acompañada o no de: disnea, signos de falla cardiaca como edema en cara o miembros inferiores, cardiopatía aguda, cefalea, área inflamada enrojecida en zona de probable picadura de un insecto, inflamación bipalpebral (signo de Romaña) agrandamiento de ganglios linfáticos y signos gastrointestinales como vomito o diarrea.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☐SI ☐NO

Observaciones:

	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
Gobernación de Cundinamarca		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

OBJETIVO DE LA REUNION:	FECHA:	ACTA No.
Realizar proceso de sensibilización a la comunidad sobre el tamizaje para la enfermedad de Chagas	08 de noviembre 2025	027

LUGAR:	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
Centro de salud Choachí	07:00 am	10:00 am

ORDEN DEL DÍA

1. saludo
2. ¿Qué es la enfermedad de Chagas?
3. Tamizaje para enfermedad de Chagas
4. Cierre

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Siendo las 7:00 am del día 08 de noviembre de 2025, la auxiliar de enfermería Bibiana Rodríguez León, encargada de la toma de muestras en su fase preanalítica en la población priorizada para el plan de interrupción de la transmisión intradomiciliaria de enfermedad de Chagas para el municipio de Choachí, realiza sensibilización a la comunidad en general por medio de cartelera donde se evidencia el triatomino y folletos donde se brinda información sobre la enfermedad de Chagas, ¿qué es la enfermedad de Chagas? ¿Cómo se trasmite? ¿Como prevenirla? ¿por qué realizarse el tamizaje? Población priorizada para la realización de tamizaje para enfermedad de Chagas

- ✓ Niños y niñas de 0 a 5 años
- ✓ Niños y niñas de 6 a 14 años
- ✓ Mujeres en edad fértil de 15 a 45 años
- ✓ Mujeres en estado de gestación

Se realiza sensibilización a veintidós (22) usuarios. Se entrega consentimiento a usuarios que manifiestan desean tomarse el tamizaje par su diligenciamiento y posterior firma, se utilizan elementos de protección personal para toma de muestra.



Como resultado de la jornada de sensibilización se realizó la toma de dieciséis (16) muestras, de las cuales ocho (08) pertenecen a la población de mujeres en edad fértil de 15 a 45 años, cinco (05) pertenece a la población de niños -niñas de 6 a 14 años, dos (02) pertenece a la población de niños- niñas menores de 5 años, uno (01) pertenecen a la población de mujeres embarazadas

Siendo las 10:000 am se termina la intervención.

CONCLUSIONES

Se realiza sensibilización a veintidós (22) usuarios con el fin de crear conciencia en la autorización para la toma de la muestra a la población beneficiada del tamizaje

Se realiza la toma de la muestra para detección de Chagas a dieciséis (16) usuarios beneficiados.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Seguir capacitando a la comunidad en enfermedad de Chagas y explicando la importancia de realizarse el tamizaje para buscar la interrupción de la transmisión intradomiciliaria de enfermedad.	Durante la ejecución de la concurrencia	Bibiana Rodríguez León

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	08/11/2025
LUGAR:	Centro de Salud Chocachi	HORA INICIO:	7:00am
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	10:00am

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN: DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	HABITANTE DE CALLE	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	DISEÑO	TELÉFONO	E-MAIL	FIRMA
1	Alexandra Leon C.	20485941	45A	F	Chachi	Chivata	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na			3115277091		Alexandra Leon
2	Francy Rincon	20495697	45 A	F	Chachi	Alto de la Virgen	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na			3184727990		Francy Rincon
3	Flor Cubillos	20482842	67	F	Chachi	Centro	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na			3202168586		Flor C.
4	Santiago Torres	1071631612	10	M	Chachi	Centro	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na			3197691585		Wendy López
5	Juan Torres	1076202149	5	M	Chachi	Centro	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na			3197692565		Wendy López
6	Wendy López	1071631122	29	F	Chachi	Centro	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na			3197692585		Wendy López
7	Sonia A	068975806	31	F	chachi	Rural	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na			3153588993		Sonia A
8	Julian Andres Rivas	1068976613	10	M	Chachi	Rural	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na			3153588993		Sonia A
9	Sebastian Clavijo	1068978765	23 DOS	M	Chachi	Rural	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na			3127974411		Juana R
10	Monica Gomez	1068972234	21	F	Chachi	Centro	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na			3219357890		Monica G.
11	David Ricaurte	1023932448	13	M	Chachi	Rural	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na			3113399905		Erika Mahecha
12	Laura Mahecha	1068977709	9	F	Chachi	Rural	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na			3113399960		Erika Mahecha
13		/		/		/	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na			/		/

RESPONSABLE		GERENCIA	

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	08/11/2025
LUGAR:	Centro de Salud Choachi	HORA INICIO:	7:000m.
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	10:00am.

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN															TELEFONO	Y FIRMA	FIRMA
							DESPLAZADO	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	DISCAPACIDAD	AFROCOLOMBIANO	INDIGENA	PALENQUERO	ROM	DESPLAZADO	JEFE DE HOGAR	LACTANTE	EMBARAZADA					
1	Adriana Mª Cano P.	20485881	45 años	F	Choachi	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3215933588		Adriana Cano P.
2	karol Garay	1000770935	22 años	F	Choachi	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3219586786		karol G.
3	Luisa Camelo	1068877324	7 años	F	Choachi	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3167985210		Edwin y M Camelo
4	Blanca Heredia	20485768	50 años	F	choachi	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3138027425		Blanca Heredia R
5	Luis Angel Rivera	86390218	38 años	M	choachi	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3143148286		Luis Angel Rivera
6	Yely Natalia Ortega	1000307119	22 AÑOS	F	Choachi	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3208431458		Yely Natalia Ortega
7	Yuderi Agudelo	1068899860	20 años	F	Choachi	Rural	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3108866860		Yuderi Agudelo
8	Leidy Pinzón	1068877232	26 a	F	Choachi	Centro	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			300 3578063		Leidy Pinzón
9	Monica Gomez	1068872234	21	f	choachi	centro	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3209357890		Monica Gomez
10	ALEJANDRO RAMIREZ R.	1014486922	20	M	CHOACHI	CENTRO	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			3135190932		ALEJANDRO RAMIREZ
11																								
12																								
13																								

RESPONSABLE		GERENCIA	

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 38

LUGAR: Centro de salud de Choachí

EVENTO: Sensibilización entorno educativo sobre enfermedad de Chagas para realización del tamizaje a la población priorizada

FOTO N° 38 de 08/11/2025
Fecha de toma (día/mes/año):

PROVINCIA: de Oriente




8/11/2025
Velocidad:0.0km/h
Numero de indice: 672


Velocidad:0.0km/h

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS



Observaciones:

_____
_____
_____.



Buscar





9,4 m

rol:concurrencia, hospital:fomeque, encu_fomeque:Martha Bibiana Rodríguez León, mes:Noviembre, f…

Modificado 13/11/25





7,1 m

rol:concurrencia, hospital:fomeque, encu_fomeque:Martha Bibiana Rodríguez León, mes:Noviembre, f…

Modificado 8/11/25





110 m

rol:concurrencia, hospital:fomeque, encu_fomeque:Martha Bibiana Rodríguez León, mes:Noviembre, f…

Modificado 8/11/25



rol:concurrencia, hospital:fomeque,

NC	Doc	Nombre1	Nombre2	Apellido1	Apellido2	CEmp
2040903	20384674	ANDREA	LILIANA	PEÑA	CUBILLOS	99
2040907	39799468	FLOR	MARINA	ROA	RIVEROS	43
2042029	80390782	PABLO	EMILIO	COTRINO	GUTIERREZ	43
2042753	1068976379	EDUAR	FABIAN	MARTINEZ	AMORTEGUI	43
2043873	20483116	MARGARITA	ISABEL	GUEVARA	RODRIGUEZ	43
2045791	53122729	SANDRA	YAMILE	MOLANO	RODRIGUEZ	43
2045839	20481439	FLOR	MARIA	DIAZ DE	REY	43
2045867	7224812	GENESIS	DEL VALLE	ALVARADO	MAGDALENO	99
2045873	7212842	LUIS	ALBERTO	CORONA	ALVAREZ	99
2047390	1056483493	LUZ	ANGELA	BUITRAGO	SANCHEZ	38
2047698	1003475682	MONICA	TATIANA	PARDO	PARDO	43
2047728	5452720	RODIENNIFER	MACALY	LOPEZ	MORENO	99
2047976	1068973660	OSCAR	IVAN	PARDO	MORA	38
2048116	1068977187	OSCAR	ANDRES	ROMERO	TOVAR	43
2048278	1068975269	MICHAEL	STIVEN	TORRES	LOPEZ	13
2048278	1068975269	MICHAEL	STIVEN	TORRES	LOPEZ	47
2048284	20482018	ELVIA	INES	BORBON DE	RODRIGUEZ	43
2048335	20481775	MARIA	DE LOS ANGEI	PULIDO	BARRETO	43
2048439	1068978059	RAFAEL	ARTURO	ESCOBAR	OIDOR	38
2048457	1068977938	NIKOL	LUCIANA	CUESTA	COTRINO	43
2048461	1068978051	DULCE	MARIA	SIMARRA	COTRINO	43
2048497	1071630520	MARIA	CAMILA	RODRIGUEZ	RIVERA	38
2048499	1028870367	MARIANA		TIBOCHE	VILLALBA	38
2048509	1071632639	ANA	MARIA	FLOREZ	RODRIGUEZ	43
2048519	1076669547	ADALYN	SOFIA	CARRILLO	RODRIGUEZ	38
2048523	1068977619	GAHEL	ELIAN	CUBILLOS	LEON	99
2048529	1068975462	VALERIA		FORERO	RODRIGUEZ	38
2048539	19408369	HECTOR	WALDO	RAMOS	VILLALOBOS	38
2048661	20485438	SANDRA	PATRICIA	VELASQUEZ	BOBADILLA	43
2048723	1068977136	MARIA	ANGELICA	MORA	OSORIO	38
2048739	20482406	CLARA	INES	PARDO	ORJUELA	43
2048747	52104758	ROSSMARY		SIERRA	GOMEZ	43
2048749	1206231209	THIAGO	EMANUEL	TORRES	RIOS	43
2048779	1068976456	CRISTIAN	DAMIAN	RODRIGUEZ	RODRIGUEZ	38
2048781	1206231209	THIAGO	EMANUEL	TORRES	RIOS	43
2048783	1068975425	SONIA	LORENA	MORALES	MARIN	38
2048937	1069282380	NIDIA	ROCIO	MORA	CORTEZ	99
2049027	20482423	ANA	LUCILA	LOPEZ	DE LEON	43
2049029	20483698	BERTILDA		DELGADILLO	PARDO	99
2049031	1068974355	ANA	MARIA	RODRIGUEZ	BARRETO	38
2049033	2998852	MIGUEL		VELASQUEZ	RODRIGUEZ	38
2049075	1010128479	CAMILA	ESTEFANY	RAMOS	CASTILLO	99
2049107	20484872	LIGIA		GOMEZ	CASTRO	43
2049211	1068973319	ANDRES	CAMILO	RODRIGUEZ	RODRIGUEZ	38
2049219	20484825	JULIA	INES	ROMERO	BORBON	43

2049221	20482756	ROSALBA		PULIDO	PULIDO	38
2049223	20483925	CARMEN	ROSA	RIOS	AMORTEGUI	99
2049227	20484474	GLORIA	CONSUELO	REY	TORRES	99
2049229	287718	JOSE	PASCUAL	RODRIGUEZ	RODRIGUEZ	99
2049231	20485402	ANA	CRISTINA	RODRIGUEZ	PARDO	99
2049233	24852913	CRISTINA	JOHANNA	TAPASCO	LOAIZA	99
2049239	1068973138	CLARA	INES	CUBILLOS	BARRERA	43
2049241	20483647	LUCY	AMPARO	MORA	CERON	43
2049247	1068974114	ANDREA	CAROLINA	SALAZAR	ROJAS	38
2049249	20627144	DIANA	TERESA	CARDENAS	NOVA	99
2049251	20482719	LUZ	MARY	BARRETO		43
2049257	52773248	MARYURI		GOMEZ	ZAPATA	38
2049259	1068974950	YENNIFER	DANIELA	PULIDO	CIFUENTES	38
2049263	20482518	ANA	LIGIA	GUTIERREZ		43
2049265	35503552	OLGA	CECILIA	RODRIGUEZ	GUTIERREZ	43
2049267	80391455	LUIS	DAVID	PULIDO	SALCEDO	99
2049269	20483307	BLANCA	NELLY	AGUDELO	DE BARBOSA	99
2049271	51873037	GLORIA	ISABEL	ABRIL	DAZA	43
2049275	1013610098	DIANA	MARCELA	GARZON	ABRIL	43
2049279	52332505	LUZ	AMPARO	CAÑAS	SANCHEZ	99
2049299	1068976315	MARIA	GUADALUPE	GONZALEZ	ROMERO	99
2049301	1069266194	ANGEL	YESID	GONZALEZ	ROMERO	99
2049303	1068974763	MARTHA	ELENA	PARRADO	ESCOBAR	99
2049305	20484478	MARIA	GLADYS	SALCEDO	GUTIERREZ	99
2049313	1071169920	GISELLA		HERNANDEZ	GARZON	38
2049323	20484474	GLORIA	CONSUELO	REY	TORRES	99
2049353	1068977516	JUAN	SEBASTIAN	CLAVIJO	BARRETO	43
2049357	1068977828	NICOLLE	LUCIANA	CALDERON	LEON	43
2049369	20384648	SILVIA	AMPARO	CUBILLOS	BARON	38
2049377	1068975247	EDISON	MATEO	FUENTES	CLAVIJO	99
2049415	1068978028	SALOME		HERNANDEZ	MAHECHA	38
2049425	1068977629	ALISSON	SOFIA	GARZON	HERNANDEZ	38
2049427	1071172445	JESUS	ADRIAN	ALMANZA	BARRETO	43
2049437	1053445150	KEVIN	ADRIAN	AMORTEGUI	MARTINEZ	43
2049443	1053445150	KEVIN	ADRIAN	AMORTEGUI	MARTINEZ	43
2049447	20482328	ROSA	HELENA	RODRIGUEZ	CIFUENTES	38
2049459	41377294	MARGARITA		ORJUELA	DE ROJAS	155
2049467	1068977744	ERIKA	YULIETH	HORTUA	RIVERA	99
2049475	1068977744	ERIKA	YULIETH	HORTUA	RIVERA	99
2049485	1068977989	SANTIAGO	JESUS	GARAY	OLIVERO	38
2049517	20481990	DORA	FANNY	ROA	MORA	99
2049521	1068978145	DANNA	ISABELLA	VANEGAS	RODRIGUEZ	38
2049533	1068978139	THIAGO	EMANUEL	CETINA	RODRIGUEZ	99
2049537	1068977034	SARA	VALENTINA	PARDO	DIAZ	99
2049595	1068975349	LUIS	FELIPE	GARZON	BARON	38
2049611	1068976866	THAMARA		PARDO	RIVEROS	43
2049631	1068978115	DILAN	CAMILO	MOLANO	RODRIGUEZ	43

2049639	1028893812	LAURA	SOFIA	CRUZ	BUITRAGO	38
2049641	1068975990	JOSE	MANUEL	PULIDO	CLAVIJO	38
2049741	1003475497	BRAYAN	STIVEN	ATARA	BARRETO	43
2049747	2999081	PABLO	ENRIQUE	PARDO	BARBOSA	38
2049805	20481939	ANA	MARIA	GONZALEZ	PULIDO	38
2049807	20482900	PAULINA		GONZALEZ	RIVERA	43
2049819	20530518	JOSEFINA		CASTRO	MOLANO	99
2049857	80391086	JUAN	GERMAN	PARDO	CRUZ	13
2049891	20485541	MERY	ALEXANDRA	TORRES	BORBON	38
2049895	2998484	NESTOR		TORRES	GUTIERREZ	43
2049899	20482753	OLGA	TERESA	BORBON	TRIVIÑO	43
2049913	2998631	SANTIAGO		MORA	ORJUELA	99
2049919	20482628	MARIA	EDILMA	RODRIGUEZ	GUEVARA	43
2049943	2999567	JORGE	ARTURO	MARTINEZ	TORRES	99
2049953	41318862	MARIA		IBAGON	DE RODRIGUE	99
2049971	20704661	CECILIA		CHAPARRO		38
2050009	2998655	JOSE	DEL CARMEN	CLAVIJO	SALCEDO	99
2050013	25393887	LUZ	MARINA	IDROBO	DE DELGADC	43
2050031	220638	JOSE	TOBIAS	SALCEDO	SALCEDO	43
2050033	2998271	JORGE		SALCEDO	SALCEDO	99
2050037	20481879	MARIA	LUCRECIA	RODRIGUEZ	RIVERA	38
2050039	2998339	ARCENIO		PULIDO	PEÑA	38
2050045	1068972974	KEVIN	GILBERTO	PEÑUELA	GOMEZ	99
2050047	53006546	DORA	LILIA	MORA		38
2050049	80391155	CARLOS	ALFREDO	PULIDO	LOPEZ	43
2050053	1003475869	FREDY	ALEXANDER	GUERRERO	RAIGOZO	99
2050057	1068975396	ALYSON	DARIANA	TORRES	TORRES	99
2050063	20481318	ANA	EVELIA	LOPEZ	DE GUTIERREZ	38
2050067	20481990	DORA	FANNY	ROA	MORA	99
2050069	2998315	ANGEL	URIEL	PARRADO	CAQUEZA	99
2050071	1068972159	LEIDER	FABIAN	RODRIGUEZ	DIAZ	43
2050077	2999291	LUIS	EFREN	GARZON	GARZON	38
2050079	20481761	ANATILDE		RINCON	HORTUA	38
2050087	20481688	BLANCA	ADELA	DIAZ	DE PARRADO	38
2050089	20484176	LUZ	MARINA	PARRADO	RODRIGUEZ	99
2050091	20484240	PRISCILA		RODRIGUEZ	AYA	43
2050153	20385077	LUCERO	DEL PILAR	MARTINEZ	COLORADO	99
2050209	2998177	JOSE	DE JESUS	MARTINEZ	RIOS	43
2050215	20481891	ANA	GRACIELA	LEON	DE MARTINEZ	43
2050217	1068976943	YURY	ALEJANDRA	MORA	DIAZ	99
2050235	20482403	ANA	BEATRIZ	PEÑUELA	DE AMORTEG	99
2050253	20481609	BERTHA	GRACIELA	PULIDO	DE BARRETO	99
2050257	20482146	IRMA	PRISCELIA	PULIDO DE	AMORTEGUI	43
2050259	20483393	MARIA	EMMA	PULIDO	BOBADILLA	99
2050261	1002463139	LINA	MARGARITA	ACOSTA	ORTEGA	99
2050271	80392086	MIGUEL	ALBEIRO	MORA	CASTRO	43
2050299	80392597	LUIS	GABRIEL	BAQUERO	CASTILLO	43

2050303	20483299	ANA	CONCEPCION	OÑATE	RODRIGUEZ	43
2050315	20481999	ROSA	EMMA	FLORES	DE DIAZ	43
2050343	1077112388	PAULA	ANDREA	SALCEDO	HORTUA	38
2050347	51606486	LUZ	MARINA	GOMEZ	PARRA	99
2050355	1056928828	MAYCOL	ESTIBEN	SALCEDO	HORTUA	38
2050369	41448993	ANA	ELVIA	MORA	CORTES	99
2050387	80392650	JOSE	URBANO	CLAVIJO	HORTUA	38
2050403	20481360	BLANCA	LORENZA	LOPEZ	DE GARZON	99
2050407	2999408	RICHARD	WILLIAM	MORA	ORTIZ	43
2050455	20484628	ANA	DELIA	HORTUA	CLAVIJO	38
2050499	1013580571	LUZ	MERY	CLAVIJO	PULIDO	43
2050511	20483889	MARIA	TERESA	BARRERA	ALAYON	99
2050523	41353604	ARCELIA		ORJUELA	BERMEO	43
2050535	3000091	PABLO	ENRIQUE	MARTINEZ	GARZON	99
2050537	287718	JOSE	PASCUAL	RODRIGUEZ	RODRIGUEZ	99
2050541	20484857	ELVIA	YANETH	MARTINEZ	ALDANA	43
2050543	1068972772	YEIMY	LORENA	PARDO	MARTINEZ	43
2050569	20482166	ANA	GEMA	BARBOSA	RODRIGUEZ	10
2050575	2999233	DANIEL	ARCANGEL	CASTILLO	CASTILLO	43
2050589	1068973222	LEIDY	MARCELA	PEÑUELA	ROA	43
2050601	80391188	TULIO	HERNAN	RODRIGUEZ	IBAGON	99
2050615	80391633	ALFONSO		ALAYON	VELASQUEZ	43
2050617	1068973171	PAOLA	ANDREA	RODRIGUEZ	SALAMANCA	43
2050623	20481511	ANA	LUCIA	VELASQUEZ	DE ALAYON	43
2050669	7792179	JUAN	ANTONIO	PIÑEROS	FORERO	99
2050671	20480146	ANA	CECILIA	VILLARRAGA	DE LEON	43
2050675	20484910	LIGIA	HERMINDA	DIAZ	LINARES	43
2050677	2998443	JUAN	FRANCISCO	RIVERA		38
2050679	20481842	FLOR	MARIA	DIAZ	DE RIVERA	38
2050691	20485983	SANDRA	YANETH	DIAZ	BARRERA	99
2050723	4242296	JOSE	ANTONIO	ROJAS	FERRO	10
2050885	20485488	MARIA	CONSTANZA	MORA	DIAZ	99
2050887	11371898	AGUSTIN		MORA	GUTIERREZ	38
2050889	20480847	JUANA		RIOS		99
2050911	20485873	LUDIVIA		RIVERA	ROA	99
2050919	2998158	MIGUEL	ANTONIO	RODRIGUEZ	DIAZ	43
2050923	20483008	ROSALBA	HERRERA	LEON		43
2050935	1041257570	LINA	MARIA	CASTRO	PINEDA	99
2050975	20484822	MARTHA	LIGIA	JARA	JARA	43
2050979	220939	EFRAIN	ULDARICO	GARZON	CASTILLO	99
2050981	20482785	EVELIA		RODRIGUEZ D	GARZON	99
2050983	20483391	ROSA	BENILDA	RODRIGUEZ	PULIDO	38
2050985	1068972096	SANDRA	YISELA	VENEGAS	RODRIGUEZ	38
2050987	41588654	MARIA	VICENTA	CASTRO	HORTUA	99
2051003	4995677	SARA	SOFIA	VASQUEZ	ZAPATA	43
2051005	19246539	EDGAR		CAMPUZANO	CALDERON	43
2051007	20482082	OLGA	TERESA	RODRIGUEZ	RODRIGUEZ	43

2051011	1070019969	LINA	MARIA	PEREZ	BELTRAN	99
2051111	7930157	CARLOS	ANTONIO	ARAGOZA	ALVARADO	99
2051113	7930150	DARWIN	JOSUE	ARAGOZA	ALVARADO	99
2051147	2998439	JOSE	ANGEL	TORRES	BAQUERO	43
2051187	20482045	MARIA DE	JESUS	BORBON	DE TORRES	43
2051197	79121546	SALOMON		AMIN	AVILAN	43
2051211	1028703977	SANTIAGO		GUEVARA	FRAIJA	99
2051231	20484714	ALBA	CONSUELO	GARCIA	GARCIA	99
2051339	41523805	ANA	FELISA	JARA	DIAZ	43
2051341	32290736	CARMEN	CECILIA	JIMENEZ	ACEBEDO	43
2051411	1068977056	RAUL	STEVEN	PRIETO	RODRIGUEZ	43
2051491	74363336	JOSE ANGEL	MARIA	LOPEZ		43
2051499	20481775	MARIA	DE LOS ANGEI	PULIDO	BARRETO	43
2051507	20479272	ANA	ERICINDA	BORBON	MOLANO	99
2051511	20483797	MARTHA	CECILIA	CUBILLOS	ORTIZ	43
2051515	41643334	CECILIA		GUTIERREZ	SABOGAL	99
2051523	2999412	LUIS	ANGEL	HORTUA	BARRETO	99
2051543	80391343	ADRIANO		ROCHA	BAQUERO	99
2051549	20483711	MARIA	TERESA	PARDO	JARA	43
2051585	80390202	JORGE	HUMBERTO	LOPEZ		38
2051609	20481946	MARIA	CECILIA	GUTIERREZ	MACHADO	38
2051617	35503552	OLGA	CECILIA	RODRIGUEZ	GUTIERREZ	43
2051675	2964417	JAIRO	NICOLAS	PARRADO	RIVERA	99
2051683	20485402	ANA	CRISTINA	RODRIGUEZ	PARDO	99
2051719	25393887	LUZ	MARINA	IDROBO	DE DELGADC	43
2051739	13610274	IRIA	MARGARITA	MENDEZ	RINCON	13
2051753	20483645	JULIA	BELEN	MORA	DIAZ	43
2051851	218766	MARCIANO		CUBILLOS	PRIETO	99
2051855	2999377	JOSE	IGNACIO	CORTES	BARRETO	99
2051857	20482407	NILSIA	GLADYS	MARTINEZ	PULIDO	43
2051867	1068976384	ANGEL	NICOLAS	GARZON	TOBAR	43
2051869	1024485043	EDGAR	MAURICIO	RIVERA	MARTINEZ	43
2051879	1079188907	LAUREN	STEPHANY	GARZON	RODRIGUEZ	38
2051883	1068978042	JOHAN	MATIAS	MORA	RINCON	99
2051927	41783283	ANA	CECILIA	FONSECA	DE VANEGAS	38
2051955	80392793	OSCAR	ARMANDO	MARTINEZ	RIVEROS	43
2051959	1068973731	OSCAR	DAVID	MARTINEZ	PEÑUELA	43
2052011	1068975879	CARLOS	DARIO	RODRIGUEZ	REY	99
2052023	38980080	GLORIA	MIRIAM	DELGADO	DE VELEZ	99
2052037	20307533	CARMEN	ELIVE	SUAREZ	BENITEZ	99
2052047	20482872	TULIA	ABDELINA	CASTELLANOS	JARA	43
2052051	1003475802	CRISTIAN	GEOVANY	ROZO	MORA	38
2052053	20481762	ALBA	LEONOR	CIFUENTES	SABOGAL	43
2052065	1206231209	THIAGO	EMANUEL	TORRES	RIOS	43
2052079	80391313	JOSE	VICENTE	TORRES	HERRERA	99
2052085	17090904	LUIS	ANTONIO	GOMEZ	RICO	38
2052119	1003475672	LEIDY	VIVIANA	VALDERRAMA	CIFUENTES	43

2052123	1003475672	LEIDY	VIVIANA	VALDERRAMA	CIFUENTES	43
2052139	1071167692	DIANA	CAROLINA	GARZÓN	AMORTEGUI	38
2052155	1007273771	CLAUDIA	MARIBEL	AMORTEGUI	RIOS	99
2052163	80391414	FABRICIANO		RIVERA	RODRIGUEZ	38
2052179	1234789289	NEIDER	JOHAN	SARAY	DIAZ	43
2052195	1000944563	YESICA	ALEJANDRA	BUITRAGO	RINCON	99
2052197	1068974626	YESENIA	MERCEDES	SOLORZANO	DIAZ	43
2052217	1068976576	CONSTANZA	YICETH	LEAL	RINCON	43
2052229	20482464	ANA	VERONICA	RODRIGUEZ	DE RIVERA	38
2052245	80390877	CARLOS	ALBERTO	DIAZ	GARCIA	38
2052263	2999466	FELIX	GUSTAVO	DIAZ	PARDO	99
2052279	1007268942	ERIKA		MAHECHA	VELASQUEZ	43
2052307	1068977945	VALERY	SOFIA	ANGULO	BUITRAGO	99
2052315	1007273618	ANGIE	KATHERINE	MESA	VARGAS	43
2052319	1007273618	ANGIE	KATHERINE	MESA	VARGAS	43
2052347	1068973315	JUAN	SEBASTIAN	CAQUEZA	PRIETO	43
2052439	23324451	ZANDRA	MIREYA	PIRACON	LOPEZ	43
2052441	80390970	MANUEL	RODOLFO	TORRES	RODRIGUEZ	99
2052445	1068973720	CLAUDIA	ROCIO	RIVERA	RODRIGUEZ	99
2052451	52079139	NUVIA	CONSTANZA	GOMEZ	DELGADO	38
2052457	40317059	ANDREA	MILENA	ARANDA	VIDAL	43
2052463	1068977090	GINA	FERNANDA	MARTINEZ	AMORTEGUI	43
2052503	1068977516	JUAN	SEBASTIAN	CLAVIJO	BARRETO	43
2052511	2999037	LUIS	VICENTE	CLAVIJO	RIVERA	38
2052513	1068977026	MIGUEL	ANGEL	ACOSTA	BAQUERO	99
2052527	41926610	MYRIAM	YOLANDA	GUTIERREZ	GUTIERREZ	43
2052543	1004897553	JOHAN	STEVEN	ZAMBRANO	RIVERA	43
2052561	1068977059	YURI	PAOLA	LEON	MARTINEZ	43
2052565	1068977059	YURI	PAOLA	LEON	MARTINEZ	43
2052567	21047163	ANA	LUCIA	CRUZ	GARZON	99
2052599	1000777058	EVELYN	TATIANA	LOPEZ	CUBILLOS	99
2052601	1068977397	DAMIAN	ANDRES	NOVOA	PULIDO	13
2052645	1068974147	ANA	MILENA	TORRES	GONZALEZ	99
2052673	53043188	MARIA	DEL CARMEN	TORRES	GONZALEZ	99
2052681	5129696	YEISY	ALEJANDRA	ESCORIHUELA	DIAZ	38
2052683	5129696	YEISY	ALEJANDRA	ESCORIHUELA	DIAZ	38
2052693	1076202394	MARIA	JOSE	REYES	MARTINEZ	43
2052831	1068975864	LAURA	PATRICIA	MARTINEZ	BORBON	43
2052882	1068978143	EMILY	SHOPIA	NOVOA	ROA	43
2052884	1068976621	EDWIN	ALEJANDRO	BARRETO	NOVOA	38
2052902	19050738	JOSE	SANTOS	BELTRAN		99
2052930	17050024	GUSTAVO		RODRIGUEZ	PARDO	99
2052962	20485499	MARIA	HERMELINDA	RIVERA	GUTIERREZ	43
2052974	24648048	MAGOLA		LOAIZA	DE TAPASCO	99
2052976	20482137	BERTHA	MARGARITA	DIAZ	REY	43
2053036	3069901	ISMAEL		GARZON	ONOFRE	43
2053070	20480168	ANA	GRACIELA	CLAVIJO	ACOSTA	43

2053082	1068973222	LEIDY	MARCELA	PEÑUELA	ROA	43
2053094	20384953	YURY	VIVIANA	ESCOBAR	RINCON	43
2053102	20483029	BALVINA		MORA	BARBOSA	38
2053106	93285410	JORGE	ENRIQUE	GAITAN	MORALES	43
2053110	1068975457	YULIANA		RODRIGUEZ	MORA	43
2053114	1068976846	YURY	KATHERIN	NOVOA	MORA	99
2053126	2998505	MIGUEL	ANTONIO	BARBOSA	PEREZ	43
2053138	20484621	CLARA	INES	BOBADILLA	MARTINEZ	99
2053150	1016036225	DARY	ELIZABETH	BENITEZ	JARA	43
2053156	1076200363	LUISA	FERNANDA	RIVERA	RODRIGUEZ	99
2053180	1068977570	ERICK	SANTIAGO	AMORTEGUI	BENITEZ	43
2053186	1016036225	DARY	ELIZABETH	BENITEZ	JARA	43
2053202	20482589	MARIA	AURORA	OÑATE	LOMBANA	43
2053210	1068975195	YURY	MIREYA	RODRIGUEZ	HERRERA	38
2053242	20300565	DORA	MARIA	CORTES	GUEVARA	43
2053246	41502063	GLADYS	STELLA	BOBADILLA	PARDO	43
2053250	21066298	HILDA	BEATRIZ	RIVERA	COTRINO	43
2053256	51779426	YAQUELINE		MEDINA	MORALES	99
2053266	79822456	ANGEL	HUMBERTO	GARZON	RIVERA	99
2053286	20475994	ANATILDE		SOLER		38
2053292	20567676	MYRIAM		GALAN	TORRES	43
2053298	1068974615	ANYI	KATHERINE	TOVAR	PULIDO	38
2053300	20485823	ANA	PATRICIA	LEON	BARRERA	38
2053308	1069282380	NIDIA	ROCIO	MORA	CORTEZ	99
2053314	1068978126	JULIAN	MATHIAS	SALAZAR	PULIDO	47
2053318	20482628	MARIA	EDILMA	RODRIGUEZ	GUEVARA	43
2053322	1123089958	LIAN	ANDRES	RAMIREZ	RODRIGUEZ	43
2053324	20485215	LUZ	MIREYA	LOPEZ	RODRIGUEZ	43
2053326	19158304	JOSE	ANTONIO	RODRIGUEZ	PARRADO	43
2053332	1068976403	SAMUEL	STEBAN	PARRADO	DIAZ	43
2053334	1068973598	BERTHA	JOHANA	AMORTEGUI	RIOS	99
2053340	2999005	JOSE	IGNACIO	GUTIERREZ	LEON	38
2053346	80392302	LUIS	ANTONIO	RODRIGUEZ	RODRIGUEZ	38
2053352	1068975573	ANGELICA	VANESA	DIAZ	RICO	43
2053358	1068977988	MARIA	ISABELLA	PARRADO	DIAZ	43
2053360	1032518608	JEMERY		CRUZ	NAVOA	38
2053362	3000437	MARCO	ANTONIO	RODRIGUEZ	PARRADO	38
2053366	1068977938	NIKOL	LUCIANA	CUESTA	COTRINO	43
2053368	20482727	ANA	CRISTINA	CLAVIJO	SABOGAL	38
2053372	20482930	ROSA	CECILIA	PULIDO	PRIETO	99
2053376	80391914	EDGAR	URIEL	CLAVIJO	ACOSTA	99
2053386	19408369	HECTOR	WALDO	RAMOS	VILLALOBOS	38
2053388	79671733	NELSON	JAVIER	RODRIGUEZ	GUEVARA	43
2053398	20481985	MARIA	HERISVITA	DIAZ	DE PARRADO	99
2053400	1068974727	PAOLA	ANDREA	CRUZ	TORRES	38
2053424	41326633	MARIA	PERPETUA	DIAZ	REY	99
2053426	1068973576	GINA	ALEXANDRA	RODRIGUEZ	DIAZ	38

2053428	20482518	ANA	LIGIA	GUTIERREZ		43
2053442	3000177	JOSE	HONORIO	VARGAS	GARCIA	99
2053452	ven10399536	YORMAN	JOSUE	PAREDES	TERAN	13
2053452	ven10399536	YORMAN	JOSUE	PAREDES	TERAN	99
2053460	20483890	ANA	ODILIA	COLORADO	RODRIGUEZ	43
2053488	20384570	YANETH		CUBILLOS	RAMOS	38
2053510	20485846	LUZ	MYRIAM	SANCHEZ	RODRIGUEZ	43
2053512	80391006	JOSE	ANTONIO	REY	GOMEZ	38
2053522	1077967509	DORIS	ISABEL	VARGAS		38
2053528	20483375	MARIA	ANITA	DIAZ	RODRIGUEZ	43
2053552	20385097	NOHORA	ROCIO	GARZON	GARZON	43
2053556	20484359	ROSA	CONSUELO	GARZON	BOBADILLA	43
2053578	220981	LUIS	EDUARDO	ROA	MORA	43
2053594	1077969139	LUZ	ANGELA	BERMUDEZ	LOZADA	43
2053608	23390551	LUCRECIA		FLORIAN	ORTIZ	99
2053616	1068977540	ANDERSON	ESTIVEN	RODRIGUEZ	AMORTEGUI	99
2053620	40779069	NANCY		LOSADA	RIVERA	99
2053624	20484743	LILIA	MARINA	RODRIGUEZ	HERRERA	43
2053630	1120006554	SANDRA	PATRICIA	RODRIGUEZ	BEJARANO	99
2053636	24041551	MARIA	SILVIA	ROJAS	ANGULO	43
2053644	1068973409	LUISA	FERNANDA	LOPEZ	RINCON	99
2053646	1007664761	JEISON	ENRIQUE	RODRIGUEZ	MARTINEZ	43
2053666	1068977510	DULCE MARIA	ALEXANDRA	RODRIGUEZ	PARRADO	43
2053700	1032377318	GLORIA	CAROLINA	GUTIERREZ	PARDO	43
2053702	39724223	DORA	LUCY	BAQUERO	TORRES	43
2053708	1020854439	EMILY	ALEJANDRA	RODRIGUEZ	MOLANO	99
2053720	1068978012	JUAN	SEBASTIAN	ZARATE	PARDO	99
2053734	11389777	JOSE	MARTIN	MORALES		43
2053778	1068974897	ANGIE	JOHANA	BARRETO	SALCEDO	99
2053780	1068976555	JENNY	LUCIA	RODRIGUEZ	MEZA	99
2053784	1068976728	LIDA	CAMILA	BARRETO	CASTILLO	99
2053788	1068977112	NANCY	DAYANNA	GONZALEZ	ONOFRE	43
2053790	1068977117	YESICA	NATALIA	MARTINEZ	AMORTEGUI	99
2053794	5452765	ANA	CAROLINA	MORENO	PEREZ	99
2053796	20483508	MARINA DE	LA SALUD	SALCEDO	MARTINEZ	43
2053798	7025698	YUSBELYS	DEL VALLE	QUINTERO	BECERRA	99
2053800	20384876	JACQUELINE		GARZON	SALCEDO	43
2053804	20483324	BLANCA	CECILIA	MORA	MORA	43
2053806	20483785	GLADYS	MARIELA	RODRIGUEZ	RODRIGUEZ	43
2053808	80391860	ALVARO	IVAN	GUEVARA	GUEVARA	43
2053810	20484154	ANA	LUCIA	GARZON	GONZALEZ	38
2053814	20484224	ROSALBINA		CLAVIJO	SABOGAL	38
2053842	1068975324	LEIDY	XIMENA	RODRIGUEZ	ROA	99
2053852	20483985	ROSALIA		OÑATE	RODRIGUEZ	99
2053854	1033698255	LIZETH	DANIELA	VARGAS	DIAZ	99
2053856	1068973911	BRAYAN	FELIPE	PEREZ	OÑATE	99
2053860	80390473	LUIS	ENRIQUE	PEREZ	LOPEZ	99

2053864	1123513868	ANGIE	PAOLA	DIAZ	RIOS	99
2053870	1068973598	BERTHA	JOHANA	AMORTEGUI	RIOS	99
2053876	1068975031	ANGELA	AZUCENA	RODRIGEZ	PARRADO	43
2053880	1068977298	JOHANA	ISABEL	RODRIGUEZ	PARRADO	99
2053886	1068975784	MARIA	ANGELICA	RODRIGUEZ	PARRADO	43
2053888	20482059	MARIA	ELENA	VANEGAS	RODRIGUEZ	43
2053890	1123085172	YULIANA	VALENTINA	BUITRAGO	MACHADO	43
2053896	1068975573	ANGELICA	VANESA	DIAZ	RICO	43
2053898	1068977260	DANIEL	FERNANDO	PARRADO	RODRIGUEZ	43
2053904	1068977429	ANDERSON	CAMILO	RODRIGUEZ	PARRADO	99
2053908	1068977639	DAYRON	FABIAN	RODRIGUEZ	PARRADO	99
2053910	1068977638	SHAYRA	CATALINA	RODRIGUEZ	PARRADO	99
2053912	1068972391	ANGELY	LORENA	MOLANO	YEPES	43
2053914	20384712	CLARA	LUCIA	PARRADO	DIAZ	99
2053918	20485525	ANA	ISABEL	RIVERA	GUEVARA	38
2053922	1068973281	NUBIA	YOHANA	ROMERO	RIVERA	38
2053928	1068977514	OMAR	ARLEY	ROMERO	RIVERA	38
2053930	1068976315	MARIA	GUADALUPE	GONZALEZ	ROMERO	99
2053932	1069266194	ANGEL	YESID	GONZALEZ	ROMERO	99
2053934	1068977490	JULIAN	DAVID	GONZALEZ	ROMERO	99
2053936	1022347643	SIRLEY	CAMILA	GUEVARA	MALUCHE	38
2053942	1073520863	NURY	MARCELA	BARBOSA	AGUDELO	43
2053952	1068978148	EMILY	LUCIANA	CASTELLANOS	BARBOSA	43
2053966	1068973614	JAVIER	DUVAN	GARZON	RODRIGUEZ	38
2053970	1068975136	YURY	MARCELA	DIAZ	RODRIGUEZ	99
2053988	1068977888	WILMER	ESTEBAN	FUENTES	HORTUA	43
2054028	80390302	JOSE	ANGEL	MARTINEZ	RIOS	99
2054030	53081505	LUZ	MARINA	RIVERA	GARCIA	99
2054032	1068978164	LIAM	YAEL	RODRIGUEZ	DIAZ	99
2054036	20384942	HILDA	MERCEDES	ALAYON	SOLER	99
2054086	80392902	JORGE	ERNESTO	HERRERA	TORRES	38
2054140	1068972430	YOHANA	YADIRA	BARRETO	GUTIERREZ	38
2054184	5946667	MARIA	FERNANDA	QUINTERO	QUINTERO	99
2054190	1068972631	LUZ	DELIA	TAPASCO	LOAIZA	38
2054194	80391765	HERNANDO	CESARIO	PARRADO	RODRIGUEZ	99
2054196	20482076	ISABEL		GARZON	DE GARZON	38
2054202	80390069	ANGEL	AUGUSTO	REY	VANEGAS	99
2054214	20481586	MARIA	AGUEDITA	ALAYON	DE MARTINEZ	38
2054220	1068973440	ANGELA	OMAIRA	GARZON	PRIETO	99
2054270	1068973980	ANGIE	RUBIELA	PARADA	SALCEDO	43
2054282	20484294	MARTHA	CECILIA	GUERRERO	RIVERA	43
2054316	20485790	SANDRA	MARINA	DIAZ	DIAZ	99
2054338	20483059	MARIA	SACRAMENTC	PULIDO	BARRETO	99
2054346	20483462	ANA	DIOSELINA	ALAYON	VELASQUEZ	43
2054350	20485318	LILIA	TERESA	PARDO	LEAL	43
2054354	1068972744	YENNIFER	LORENA	RIVERA	VARGAS	38
2054356	1029971219	ADRIAN	ALEXANDER	HERRERA	MORA	99

2054358	20482897	ANA	ISABEL	RODRIGUEZ	DE MORA	38
2054360	1068976384	ANGEL	NICOLAS	GARZON	TOBAR	43
2054364	20482289	ANA	BEATRIZ	PEREZ	RIVERA	38
2054380	23390551	LUCRECIA		FLORIAN	ORTIZ	99
2054390	20481955	CARMEN	ALICIA	LOPEZ	DE PEREZ	38
2054402	20485121	MARIA	ELISA	PEREZ	LOPEZ	38
2054440	1068976020	SEBASTIAN	RICARDO	RAMOS	TRIVIÑO	99
2054442	20483371	MARIA	CENAIDA	RODRIGUEZ	PARDO	43
2054468	20484971	ROSA	ELENA	RODRIGUEZ	IBAGON	99
2054482	1068975680	MARIA	FERNANDA	CASTRO	HORTUA	38
2054552	1068975389	NELSON	ENRIQUE	RODRIGUEZ	REY	99
2054576	1068975680	MARIA	FERNANDA	CASTRO	HORTUA	38
2054612	20481962	MARIA	BERTILDA	PRIETO	DE RIOS	99
2054622	20481902	MARIA	MARGARITA	RIOS	DE HORTUA	43
2054630	20481520	CLAUDINA		CUBILLOS	DE CASTILLO	43
2054634	1066269071	LUZ	DANIELA	PEREZ	CARDENAS	99
2054666	20481439	FLOR	MARIA	DIAZ DE	REY	43
2054674	20483985	ROSALIA		OÑATE	RODRIGUEZ	99
2054696	20485277	DAMARIS		AMORTEGUI	SALCEDO	38
2054710	7949088	YEHIBER	MIGUEL	GAVIDIA	AVENDAÑO	99
2054712	7949114	JHONANGEL	SANTIAGO	DURAN	AVENDAÑO	99
2054722	20482131	ROSA	HELENA	ORJUELA	DE DIAZ	38
2054728	7949103	ENGERLYTH	ALEJANDRA	CAMARGO	AVENDAÑO	99
2054770	1068975706	VALERY	YULIANA	CARVAJAL	DIAZ	43
2054836	80392832	ANGEL	YOVANY	RIVERA	GUTIERREZ	43
2054844	2998458	LUIS	CARLOS	MARTINEZ	GARCIA	43
2054850	1068977210	NANCY	MAYERLY	RINCON	PULIDO	99
2054904	12537012	HECTOR	ISMAEL	PEREZ	FORERO	43
2054918	14435936	JESUS	MARIA	HUERTA	MOLINA	43
2054944	20483107	FLOR	DEL CARMEN	TORRES	DE SIERRA	38
2054950	20627144	DIANA	TERESA	CARDENAS	NOVA	99
2054998	20482639	ELISA	LUCIA	PARDO	JARA	99
2055018	1068974610	YENNY	MARCELA	PARDO	LEAL	10
2055020	2998060	CAYETANO		LOMBANA	PRIETO	43
2055022	2998500	LUIS	ARCENIO	CASTILLO	LEAL	99
2055024	2998584	LUIS	HERNANDO	RIVEROS	RODRIGUEZ	99
2055080	1068975680	MARIA	FERNANDA	CASTRO	HORTUA	38
2055082	20482560	ROSA	DELIA	RIVERA	DE COTRINO	99
2055092	1068974263	DIANA	LORENA	DIAZ	GARCIA	43
2055096	17188829	JAIME	ERBERTO	LEAL	GUEVARA	43
2055126	20483403	MARIA	ANTONIA	GUTIERREZ	HERRERA	38
2055128	1003475572	DIANA	MIREYA	RIOS	BARRETO	99
2055144	1019768121	ARON	SAMUEL	VILLALOBOS	DIAZ	99
2055150	1068975680	MARIA	FERNANDA	CASTRO	HORTUA	38
2055152	1007273740	DORA	MILENA	TORRES	CASTRO	38
2055200	20484818	BERTA	MARIELA	SABOGAL	PULIDO	43
2055212	20484818	BERTA	MARIELA	SABOGAL	PULIDO	43

2055314	20483108	MARIA	ALICIA	PULIDO	DE CLAVIJO	38
2055334	20484771	ANA	ANGELICA	GARZON	GARZON	38
2055348	20482282	ELISA		ARDILA	GONZALEZ	43
2055372	20481822	MARIA	DEL ROSARIO	RODRIGUEZ	DE RODRIGUE	38
2055380	2998198	LUIS	EDUARDO	RODRIGUEZ	CIFUENTES	38
2055408	20438391	GLADYS	MARINA	SABOGAL	DE SABOGAL	38
2055446	35250188	SANDRA	MIREYA	GOMEZ	DIAZ	43
2055460	1068975854	LINA	GABRIELA	BAQUERO	GOMEZ	43
2055514	20481663	MARGARITA	EVELIA	LOMBANA	TORRES	43
2055522	60300015	MARIA	EMILIA	RESTREPO	CORREA	38
2055642	20385018	DORA	BIBIANA	GARCIA	PULIDO	38
2055678	1022988686	JEIMMY	CAROLINA	ABRIL	DAZA	43
2055692	23390551	LUCRECIA		FLORIAN	ORTIZ	99
2055710	1068977999	TAMARA	SOFIA	AMORTEGUI	RIOS	43
2055712	1068976464	RUBY	YADIRA	AMORTEGUI	RIOS	43
2055728	1068973409	LUISA	FERNANDA	LOPEZ	RINCON	99
2055744	1068972206	NELSON	FABIAN	DIAZ	DELGADILLO	43
2055748	20384983	LUISA	CONSUELO	RINCON	HORTUA	99
2055788	20485182	BLANCA	AURORA	GARCIA	GUEVARA	43
2055806	53006546	DORA	LILIA	MORA		38
2055844	2998353	ADONIAS		SABOGAL	MACHADO	43
2055874	1068977742	JUAN	JACOBO	AMORTEGUI	DIAZ	38
2055876	20481987	ANA	GRACIELA	RODRIGUEZ	PARRADO	99
2055886	3077031	ANISIO		BARRAGAN	RAMIREZ	99
2055890	1032517612	MARIA	VICTORIA	RINCON	PARDO	38
2055892	51682230	MARIA	GLEIDELINA	OBANDO	SANCHEZ	99
2055898	20482198	DORA	EMMA	PRIETO	AMORTEGUI	99
2055906	20385053	LUZ	MIRYAM	POVEDA	BUSTOS	43
2055914	35220138	MARTHA	CECILIA	TORRES	AMORTEGUI	38
2055922	20483577	ROSA	EVELIA	AMORTEGUI	BARON	43
2055928	80391539	OSCAR	ARMANDO	MACHADO	DAZA	99
2055934	2998213	PEDRO	HENRY	CARRILLO	RIVERA	38
2055938	20481217	BLANCA	AURORA	RINCON	DE NOVOA	43
2055944	20195365	ELMA		SILVA	DE ROJAS	38
2055946	79587693	LUIS	FERNANDO	RODRIGUEZ	LOPEZ	38
2055952	19262678	JOSE	JOAQUIN	CASTELLANOS	GARCIA	43
2055960	2999646	JULIO	CESAR	PULIDO	TORRES	99
2055962	20482392	ANA	CARMENZA	AMORTEGUI	DE GARZON	43
2056038	1068973207	KAREN	DAYANA	CRUZ	MARTINEZ	43
2056042	80392622	JUAN	CARLOS	MARTINEZ	MARTINEZ	43
2056106	80390809	JOSE	EDILBERTO	AMORTEGUI	PEÑUELA	99
2056110	1072719521	EDWIN	ANDRES	ACOSTA	CASTRO	43
2056112	1070917859	MARIA	YULIET	ACOSTA	CASTRO	43
2056138	1070918815	LEIDI	LILIANA	ACOSTA	CASTRO	99
2056144	20484818	BERTA	MARIELA	SABOGAL	PULIDO	43
2056200	80391815	ESNORALDO		PULIDO	SANCHEZ	43
2056206	20485037	CARMEN	TERESA	RODRIGUEZ	RODRIGUEZ	43

2056208	80391303	MANUEL	ENRIQUE	RODRIGUEZ	PARRADO	43
2056234	20484771	ANA	ANGELICA	GARZON	GARZON	38
2056328	1068975545	LUISA	MARIA	DIAZ	AMORTEGUI	38
2056332	1032517611	SAMUEL	DAVID	RINCON	PARDO	38
2056336	20384675	DORYS	MIREYA	RINCON	PARDO	38
2056338	20485660	FREDESMINDA		BARBOSA	RIOS	47
2056394	20485541	MERY	ALEXANDRA	TORRES	BORBON	38
2056426	52079139	NUVIA	CONSTANZA	GOMEZ	DELGADO	38
2056608	39694795	LILIAM DEL	SOCORRO	ZULETA		43
2056622	51857795	GLORIA	BETTY	SABOGAL	PULIDO	38
2056666	20481494	ISABEL		RODRIGUEZ D	CUBILLOS	99
2056682	20481193	MARIA	GRACIELA	GONZALEZ	DE RIOS	43
2056794	1068977752	ANNA	VICTORIA	RINCON	CHOQUE	99
2056914	20482842	FLOR	MARIA	CUBILLOS	RODRIGUEZ	13
2056916	20483667	MARTHA	ISABEL	CUBILLOS	RADIAGRAFIA	13
2056940	1068977783	ERICK	JOEL	SALCEDO	AMORTEGUI	99
2056964	20485124	NELSY	YOLANDA	GARAY	ACEVEDO	43
2056970	35250175	DORIS	AMANDA	RODRIGUEZ	MARTINEZ	43
2056974	51874497	MARGARITA		DIAZ	VELOZA	99
2056976	65552175	BLANCA	ELVIRA	GARZON	GONZALEZ	99
2056978	1068973683	MARIA	DANIELA	GUTIERREZ	AMORTEGUI	38
2056980	1068973693	DEISY	MILENA	BARRAGAN	TORRES	99
2056984	1068974060	LUZ	MYRYAM	ESCOBAR	RIOS	99
2056986	1068974478	MARCELA	PATRICIA	RODRIGUEZ	RODRIGUEZ	99
2056990	1068974617	SANDRA	YAMILE	LOPEZ	SABOGAL	99
2056992	1068976555	JENNY	LUCIA	RODRIGUEZ	MEZA	99
2056998	20484058	ROSAURA		VANEGAS	ALFEREZ	38
2057204	1068973840	KHEVIN	JULIAN	RODRIGUEZ	LOPEZ	43
2057374	20485627	SANDRA	CRISTINA	MORA	RODRIGUEZ	99
2057378	20484838	LUZ	MERY	GUEVARA	HUERFANO	38
2057388	41517241	ANA	ELSY	TOMBE	QUIJANO	99
2057390	1068975227	YENNY	MARIBEL	SANCHEZ	RODRIGUEZ	38
2057392	20484592	ANGELITA	ISABEL	TORRES	MORA	43
2057398	20484595	BEATRIZ		ROCHA	SOTOMAYOR	13
2057406	220851	ANGEL	TOBIAS	GARZON	LOPEZ	99
2057410	20484854	ROSA	MARGARITA	GARZON	GUTIERREZ	38
2057420	19375982	ARMANDO		GONZALEZ	CHAVEZ	43
2057426	5337962	JOSE		VALERO		13
2057430	41380932	GLADYS	PATRICIA	MULLER	DE GUEVARA	13
2057432	17081183	MARIO	ARNULFO	GUEVARA	DIAZ	13
2057438	1007273644	NICOLAS	ANDRES	OÑATE	PARDO	43
2057440	1068973889	GLORIA	ROCIO	AMORTEGUI		38
2057462	1068975854	LINA	GABRIELA	BAQUERO	GOMEZ	43
2057464	1068972640	CINDY	LORENA	PULIDO	RODRIGUEZ	43
2057468	2998284	ABEL	ANTONIO	GONZALEZ		43
2057470	20484034	BLANCA	DORIS	CASTILLO	MARTINEZ	43
2057490	20484241	MARIELA	PARRADO	PARRADO		38

2057802	1068978160	VALERY	JULIANA	RAMIREZ	RINCON	99
2057890	80391223	JOSE	IGNACIO	PARDO	LEAL	43
2057906	1068977757	SARA	YULIETH	HORTUA	CASTILLO	43
2057988	80390303	LUIS	EVELIO	SALCEDO	SANCHEZ	43
2058058	20480841	EMMA	MONSERRATE	SANCHEZ	MORA	43
2058090	1068978136	DANA	ISABELLA	NAVARRO	LOPEZ	43
2058092	1068978163	MARIA	VICTORIRA	GUTIERREZ	SABOGAL	38
2058120	20481520	CLAUDINA		CUBILLOS	DE CASTILLO	43
2058218	20483108	MARIA	ALICIA	PULIDO	DE CLAVIJO	38
2058254	1068972199	OSCAR	DANILO	CORTEZ	CIFUENTES	43

DesEmp	FNac	Edad	DesCiudad	Direccion	Tel	Telefono2
NUEVA EPS	18/10/1982	43 A 0 M 13 D	CHOACHI	VRD CHIVATE	3228422183	
EPS FAMISAN/	27/12/1968	56 A 9 M 34 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3214030678	
EPS FAMISAN/	09/10/1970	55 A 0 M 22 D	CHOACHI	FERRALARAD/	3202414697	
EPS FAMISAN/	05/10/1996	29 A 0 M 26 D	CHOACHI	la cabaña CHC	3195659855	
EPS FAMISAN/	30/11/1959	65 A 10 M 31	CHOACHI	QUIUZA CHO/	3213029173	3195702143
EPS FAMISAN/	13/04/1985	40 A 6 M 18 D	CHOACHI	VEREDA RESG	3133929347	
EPS FAMISAN/	17/04/1940	85 A 6 M 14 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3143463501	3012654617
NUEVA EPS	23/11/1994	30 A 11 M 8 D	CHOACHI	EL BOSQUE	3011794312	
NUEVA EPS	12/05/1985	40 A 5 M 19 D	CHOACHI	CENTRO	0	
COMPENSAR	30/10/1997	28 A 0 M 1 D	CHOACHI	CHOACHI LA	3168179602	3192290687
EPS FAMISAN/	30/07/2002	23 A 3 M 7 D	CHOACHI	CHOACHI SALI	3172427983	
NUEVA EPS	28/06/2012	13 A 4 M 8 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3015541565	3011541565
COMPENSAR	11/04/2007	18 A 6 M 26 D	CHOACHI	EL PULPITO CI	3158977194	
EPS FAMISAN/	25/03/2017	8 A 7 M 11 D	CHOACHI	CHOACHÍ MA	3508637461	3502806020
PARTICULARE	18/05/2011	14 A 5 M 19 D	CHOACHI	VEREDA MAS/	3115266631	
SALUD TOTAL	18/05/2011	14 A 5 M 19 D	CHOACHI	VEREDA MAS/	3115266631	
EPS FAMISAN/	01/08/1948	77 A 2 M 30 D	CHOACHI	CHOACHI CEN	3192150055	3115997470
EPS FAMISAN/	25/10/1945	80 A 0 M 6 D	CHOACHI	CHOACHI LA C	3132118324	3506118576
COMPENSAR	25/05/2024	1 A 5 M 10 D	CHOACHI	RESGUARDO /	3506698263	
EPS FAMISAN/	15/12/2022	2 A 10 M 20 D	CHOACHI	FERRALADA C	3104815594	3104815594
EPS FAMISAN/	03/04/2024	1 A 6 M 32 D	CHOACHI	FERRALARAD/	3222027865	
COMPENSAR	10/10/2011	14 A 0 M 21 D	CHOACHI	GRANADILLO	3118513748	
COMPENSAR	20/09/2010	15 A 1 M 15 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3118752231	
EPS FAMISAN/	17/04/2021	4 A 6 M 18 D	CHOACHI	RESGUARDO I	3024692781	3143871482
COMPENSAR	20/04/2017	8 A 6 M 15 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3133891724	
NUEVA EPS	23/08/2019	6 A 2 M 12 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3118569574	
COMPENSAR	01/12/2011	13 A 10 M 34	CHOACHI	VEREDA RIO I	3212224359	
COMPENSAR	01/09/1960	65 A 2 M 4 D	CHOACHI	VILLA ESPERA	3118973469	
EPS FAMISAN/	11/02/1978	47 A 8 M 26 D	CHOACHI	FERRALARAD/	3208756599	
COMPENSAR	04/02/1999	26 A 8 M 33 D	CHOACHI	VEREDA QUIU	3136639142	3208439391
EPS FAMISAN/	08/02/1957	68 A 8 M 30 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3204448213	
EPS FAMISAN/	18/10/1972	53 A 0 M 20 D	CHOACHI	CHOACHI CEN	3168601747	
EPS FAMISAN/	29/03/2025	0 A 7 M 6 D	CHOACHI	BARRIO SAN C	3214669803	3123415459
COMPENSAR	11/01/2015	10 A 9 M 20 D	CHOACHI	CHIVATE CHO.	3025147757	
EPS FAMISAN/	29/03/2025	0 A 7 M 3 D	CHOACHI	BARRIO SAN C	3214669803	3123415459
COMPENSAR	17/09/1993	32 A 1 M 14 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3214337045	
NUEVA EPS	14/07/1989	36 A 3 M 22 D	CHOACHI	EL UVAL CHO/	3117620924	
EPS FAMISAN/	04/05/1953	72 A 5 M 31 D	CHOACHI	EL HATO CHO.	3125005477	
NUEVA EPS	08/09/1960	65 A 1 M 27 D	CHOACHI	resguardo	3144687077	
COMPENSAR	09/12/2008	16 A 10 M 26	CHOACHI	VILLA ESPERA	3144753725	3112034661
COMPENSAR	18/01/1957	68 A 9 M 16 D	CHOACHI	FERRALARAD/	3115579847	3204248465
NUEVA EPS	27/02/2002	23 A 7 M 34 D	CHOACHI	CHIVATE CHO.	3026783710	3125743615
EPS FAMISAN/	15/04/1967	58 A 6 M 19 D	CHOACHI	CARRIZO CHO	3016788225	3142730928
COMPENSAR	25/04/2006	19 A 6 M 13 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3134872194	
EPS FAMISAN/	04/12/1966	58 A 10 M 28	CHOACHI	CARRIZO CHO	3219887448	3195119078

COMPENSAR	14/11/1958	66 A 11 M 18	CHOACHI	LA CAJA CHOA	3144329786		
NUEVA EPS	05/12/1964	60 A 10 M 27	CHOACHI	LLANADA CHC	3108056790		
NUEVA EPS	13/06/1969	56 A 4 M 19 D	CHOACHI	RESGUARDO S	3227394842	3163128535	
NUEVA EPS	10/10/1950	75 A 0 M 22 D	CHOACHI	RESGUARDO E	3163128535		
NUEVA EPS	13/01/1978	47 A 9 M 19 D	CHOACHI	AVENIDA MOI	3124664351		
NUEVA EPS	01/02/1977	48 A 8 M 31 D	CHOACHI	RESGUARDO E	3209054701	3209054701	
EPS FAMISAN/	25/04/1988	37 A 6 M 7 D	CHOACHI	CHOACHI LA C	3222231395	3123274749	
EPS FAMISAN/	28/12/1965	59 A 9 M 34 D	CHOACHI	CHOACHI (CEI	3114925588		
COMPENSAR	01/04/1990	35 A 6 M 31 D	CHOACHI	RESGUARDO A	3123443130		
NUEVA EPS	13/09/1981	44 A 1 M 18 D	CHOACHI	la victoria CHC	3223099339		
EPS FAMISAN/	04/03/1957	68 A 7 M 28 D	CHOACHI	CENTRO CHOA	3133551734		
COMPENSAR	01/11/1980	44 A 11 M 31	CHOACHI	SECTOR EL BO	3507554568		
COMPENSAR	26/06/2010	15 A 4 M 9 D	CHOACHI	GRANADILLO	3112085269	3209154691	
EPS FAMISAN/	13/06/1957	68 A 4 M 19 D	CHOACHI	GUAZA CHOA(	3132296962		
EPS FAMISAN/	28/09/1961	64 A 1 M 4 D	CHOACHI	ALTO DE LA VI	3204206564		
NUEVA EPS	19/11/1975	49 A 11 M 12	CHOACHI	LLANADA CHC	3138132790	3123744733	
NUEVA EPS	22/04/1961	64 A 6 M 10 D	CHOACHI	GUAZA CHOA(	3228437391	3115542683	
EPS FAMISAN/	05/07/1966	59 A 3 M 27 D	CHOACHI	SALIDA A FOM	3106878165		
EPS FAMISAN/	21/11/1987	37 A 11 M 11	CHOACHI	CENTRO CHOA	3009990494		
NUEVA EPS	01/12/1970	54 A 10 M 31	CHOACHI	FERRALARAD/	3133868748	3115758304	
NUEVA EPS	17/07/2014	11 A 3 M 14 D	CHOACHI	SAN FRANCIS(	3107855342	3192770118	
NUEVA EPS	17/12/2015	9 A 10 M 14 D	CHOACHI	SAN FRANSISC	3105737738	3105737738	
NUEVA EPS	07/01/1992	33 A 9 M 24 D	CHOACHI	LOS LAURELES	3103214783		
NUEVA EPS	22/09/1970	55 A 1 M 9 D	CHOACHI	CHATASUGA (	3133203301	3143344850	
COMPENSAR	15/01/2015	10 A 9 M 20 D	CHOACHI	POTREROGRA	3212068244		
NUEVA EPS	13/06/1969	56 A 4 M 18 D	CHOACHI	RESGUARDO S	3227394842	3163128535	
EPS FAMISAN/	02/10/2018	7 A 1 M 2 D	CHOACHI	CENTRO CHOA	3213686211	3213338895	
EPS FAMISAN/	17/10/2021	4 A 0 M 18 D	CHOACHI	MASA CHOAC	3196466674		
COMPENSAR	24/10/1982	43 A 0 M 8 D	CHOACHI	CENTRO CHOA	3027381342		
NUEVA EPS	26/04/2011	14 A 6 M 9 D	CHOACHI	CARRERA 3 N	3202207357		
COMPENSAR	16/12/2023	1 A 10 M 19 D	CHOACHI	GUAZA	3202400570		
COMPENSAR	19/09/2019	6 A 1 M 16 D	CHOACHI	GUAZA CHOA(	3195718924	3202400570	
EPS FAMISAN/	23/09/2018	7 A 1 M 12 D	CHOACHI	CHATASUGA (	3123638836		
EPS FAMISAN/	08/04/2009	16 A 6 M 25 D	CHOACHI	LA CABAÑA CI	3123639795		
EPS FAMISAN/	08/04/2009	16 A 6 M 27 D	CHOACHI	LA CABAÑA CI	3123639795		
COMPENSAR	01/09/1951	74 A 2 M 5 D	CHOACHI	CENTRO CHOA	3216218928	3134360561	
FIDEICOMISOS	29/05/1944	81 A 5 M 3 D	CHOACHI	VDA RESGUA	3204345207		
NUEVA EPS	05/11/2020	4 A 11 M 30 D	CHOACHI	CHATASUGA (	3112582041	3227174036	
NUEVA EPS	05/11/2020	4 A 11 M 27 D	CHOACHI	CHATASUGA (	3112582041	3227174036	
COMPENSAR	13/06/2023	2 A 4 M 22 D	CHOACHI	vereda resgua	3195259033	3104989560	
NUEVA EPS	27/11/1950	74 A 10 M 34	CHOACHI	SANTA ROSA (	3105830186	3228559408	
COMPENSAR	29/06/2025	0 A 4 M 6 D	CHOACHI	rio blanco cho	3144621184		
NUEVA EPS	04/06/2025	0 A 4 M 31 D	CHOACHI	CRA 4 # 6-32	3133719041	3133719041	
NUEVA EPS	25/09/2016	9 A 1 M 10 D	CHOACHI	CHOACHI CEN	3222334006		
COMPENSAR	19/08/2011	14 A 2 M 13 D	CHOACHI	POTREROGRA	3142602452	3147329219	
EPS FAMISAN/	27/03/2016	9 A 7 M 8 D	CHOACHI	RESGUARDO E	3213778098		
EPS FAMISAN/	11/02/2025	0 A 8 M 24 D	CHOACHI	CENTRO CHOA	3134751906		

COMPENSAR	19/05/2013	12 A 5 M 16 D	CHOACHI	RESGUARDO I	3102002901		
COMPENSAR	05/07/2013	12 A 3 M 30 D	CHOACHI	VEREDA CHAT	3105095699		
EPS FAMISAN/	07/11/2001	23 A 11 M 25	CHOACHI	CHOACHI CEN	3112751916		
COMPENSAR	24/11/1955	69 A 11 M 10	CHOACHI	RESGUARDO /	3232300770		
COMPENSAR	06/12/1948	76 A 10 M 32	CHOACHI	FERRALARAD/	3123120531		
EPS FAMISAN/	04/04/1955	70 A 7 M 3 D	CHOACHI	FERRALARAD/	3114569380		
NUEVA EPS	15/04/1957	68 A 6 M 21 D	CHOACHI	GRANADILLO	3112420021		
PARTICULARE	06/08/1973	52 A 2 M 25 D	CHOACHI	LA PALMA CH	3118362623	3172748940	
COMPENSAR	12/10/1978	47 A 0 M 26 D	CHOACHI	GUAZA CHOA	3168365965	3133674348	
EPS FAMISAN/	20/12/1949	75 A 10 M 18	CHOACHI	V GUAZA CHO	3168365965	3168365965	
EPS FAMISAN/	05/07/1956	69 A 4 M 2 D	CHOACHI	GUAZA CHOA	3168365965	3115834468	
NUEVA EPS	03/09/1952	73 A 2 M 2 D	CHOACHI	RESGUARDO	3133692506		
EPS FAMISAN/	27/01/1958	67 A 9 M 9 D	CHOACHI	EL PULPITO CI	3138119674	3124946429	
NUEVA EPS	13/08/1960	65 A 2 M 24 D	CHOACHI	CHOACHI CEN	3143271775		
NUEVA EPS	25/12/1939	85 A 10 M 11	CHOACHI	RESGUARDO I	3202382042	3006867454	
COMPENSAR	17/12/1937	87 A 10 M 19	CHOACHI	RIO BLANCO	3134588845	3134326404	
NUEVA EPS	13/11/1949	75 A 11 M 24	CHOACHI	CHOACHI CHA	3135580002		
EPS FAMISAN/	15/09/1943	82 A 1 M 21 D	CHOACHI	URBANIZACIO	3213504362	3213504362	
EPS FAMISAN/	24/10/1933	92 A 0 M 14 D	CHOACHI	CHATASUGA	3114783541		
NUEVA EPS	15/04/1942	83 A 6 M 23 D	CHOACHI	CHATASUGA	3114783541		
COMPENSAR	09/08/1948	77 A 2 M 27 D	CHOACHI	FERRALARAD/	3138922629	3114943666	
COMPENSAR	13/01/1947	78 A 9 M 23 D	CHOACHI	CHOACHI FER	3114943666		
NUEVA EPS	14/12/2005	19 A 10 M 24	CHOACHI	CARRIZO CHO	3102168088		
COMPENSAR	15/11/1982	42 A 11 M 23	CHOACHI	RESGUARDO S	3123154172		
EPS FAMISAN/	14/01/1974	51 A 9 M 24 D	CHOACHI	VEREDA SANT	3102441905		
NUEVA EPS	05/08/2003	22 A 2 M 26 D	CHOACHI	VILLA NUEVA	3203440414	3215130804	
NUEVA EPS	13/10/2011	14 A 0 M 25 D	CHOACHI	CHIVATE CHO	3212259916		
COMPENSAR	05/08/1939	86 A 2 M 26 D	CHOACHI	CHOACHI POT	3115357906	3208579282	
NUEVA EPS	27/11/1950	74 A 11 M 9 D	CHOACHI	SANTA ROSA	3105830186	3228559408	
NUEVA EPS	01/10/1947	78 A 0 M 30 D	CHOACHI	EL CURI CHOA	3202299685		
EPS FAMISAN/	08/03/2004	21 A 7 M 23 D	CHOACHI	LA PALMA CH	3195045619		
COMPENSAR	05/02/1949	76 A 8 M 31 D	CHOACHI	POTRERO GR/	3001659358	3001659358	
COMPENSAR	03/09/1946	79 A 2 M 2 D	CHOACHI	POTRERO GR/	3001659358	3001659358	
COMPENSAR	29/07/1946	79 A 3 M 2 D	CHOACHI	EL CURY CHO/	3218932780		
NUEVA EPS	05/07/1962	63 A 3 M 26 D	CHOACHI	EL CURI CHOA	3202099605		
EPS FAMISAN/	10/02/1962	63 A 8 M 26 D	CHOACHI	CHOACHI LA V	3143185194		
NUEVA EPS	08/07/1985	40 A 3 M 27 D	CHOACHI	RESGUARDO S	3152102048	3124263314	
EPS FAMISAN/	05/08/1943	82 A 2 M 31 D	CHOACHI	VEREDA MAZ/	3208676056		
EPS FAMISAN/	30/07/1949	76 A 3 M 6 D	CHOACHI	CHOACHI M/	3114655469		
NUEVA EPS	10/05/1998	27 A 5 M 22 D	CHOACHI	QUIUZA CHO/	3223892881		
NUEVA EPS	06/01/1951	74 A 9 M 32 D	CHOACHI	POTRERO GR/	3202450771		
NUEVA EPS	24/08/1942	83 A 2 M 14 D	CHOACHI	LLANADA CHC	3224608294	3224608294	
EPS FAMISAN/	21/07/1949	76 A 3 M 17 D	CHOACHI	VEREDA LLAN	3112251947	3202827164	
NUEVA EPS	21/12/1963	61 A 10 M 17	CHOACHI	FERRALARAD/	3028454914		
NUEVA EPS	28/07/1999	26 A 3 M 8 D	CHOACHI	calle 4 n 5 11	3127345467	3239739203	
EPS FAMISAN/	09/02/1980	45 A 8 M 27 D	CHOACHI	GRANADILLO	3112420021		
EPS FAMISAN/	04/10/1978	47 A 1 M 1 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3203607768		

EPS FAMISAN/	20/10/1963	62 A 0 M 12 D	CHOACHI	CHOACHI RES(	3144255369		
EPS FAMISAN/	28/06/1944	81 A 4 M 8 D	CHOACHI	CHOACHI VILL	3123904281	3106691067	
COMPENSAR	25/01/2005	20 A 9 M 7 D	CHOACHI	RESGUARDO I	3232209985		
NUEVA EPS	25/03/1957	68 A 7 M 11 D	CHOACHI	FERRALARAD/	3123799020		
COMPENSAR	04/04/2006	19 A 6 M 28 D	CHOACHI	RESGUARDO	3205952781	3202089930	
NUEVA EPS	27/02/1948	77 A 8 M 9 D	CHOACHI	CHOACHI CEN	3143000474	3142605160	
COMPENSAR	20/12/1981	43 A 10 M 18	CHOACHI	CHATASUGA (	3202698830		
NUEVA EPS	20/07/1936	89 A 3 M 16 D	CHOACHI	EL HATO CHO/	3138311229		
EPS FAMISAN/	17/05/1959	66 A 5 M 19 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3123610507		
COMPENSAR	01/08/1965	60 A 3 M 5 D	CHOACHI	CHATASUGA (	3123565981		
EPS FAMISAN/	24/06/1984	41 A 4 M 12 D	CHOACHI	CHATASUGA (	3224240975	3208428890	
NUEVA EPS	18/04/1955	70 A 6 M 19 D	CHOACHI	VEREDA MAS/	3125362908		
EPS FAMISAN/	02/05/1946	79 A 6 M 3 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3138338900		
NUEVA EPS	30/09/1962	63 A 1 M 7 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3203708751		
NUEVA EPS	10/10/1950	75 A 0 M 26 D	CHOACHI	RESGUARDO I	3163128535		
EPS FAMISAN/	28/09/1974	51 A 1 M 9 D	CHOACHI	BARRIO VILLA	3133581098		
EPS FAMISAN/	19/07/2005	20 A 3 M 18 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3102869399		
ENTIDAD PRO	01/09/1952	73 A 1 M 31 D	CHOACHI	VEREDA RESG	3112587405		
EPS FAMISAN/	20/04/1959	66 A 6 M 18 D	CHOACHI	RESGUARDO I	3125634555		
EPS FAMISAN/	23/06/1988	37 A 4 M 13 D	CHOACHI	CARRERA 3 N	3124036323	3133414213	
NUEVA EPS	22/04/1974	51 A 6 M 16 D	CHOACHI	RESGUARDO I	3118202104		
EPS FAMISAN/	03/02/1977	48 A 8 M 34 D	CHOACHI	CHOACHI FER	3114695387		
EPS FAMISAN/	20/04/2006	19 A 6 M 15 D	CHOACHI	VEREDA CHAT	3134684681		
EPS FAMISAN/	10/06/1943	82 A 4 M 27 D	CHOACHI	FERRALARAD/	3114695387		
NUEVA EPS	20/01/1944	81 A 9 M 17 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3112289870	3204687674	
EPS FAMISAN/	12/06/1935	90 A 4 M 26 D	CHOACHI	RESGUARDO (	3124064072		
EPS FAMISAN/	18/06/1973	52 A 4 M 19 D	CHOACHI	LA VICTORIA (	3123654270	3112010624	
COMPENSAR	10/11/1946	78 A 11 M 28	CHOACHI	VEREDA VICT(	3203622018		
COMPENSAR	08/01/1947	78 A 9 M 30 D	CHOACHI	LA VICTORIA (	3204743418	3203622018	
NUEVA EPS	22/07/1981	44 A 3 M 10 D	CHOACHI	MAZA CHOAC	3108516510	3143880824	
ENTIDAD PRO	07/04/1942	83 A 6 M 25 D	CHOACHI	RESGUARDO S	3112587405		
NUEVA EPS	29/06/1978	47 A 4 M 7 D	CHOACHI	PULPITO CHO/	3158977194		
COMPENSAR	28/12/1949	75 A 10 M 8 D	CHOACHI	LA VICTORIA (	3212749289		
NUEVA EPS	26/06/1932	93 A 4 M 10 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3232040719	3215475142	
NUEVA EPS	12/04/1977	48 A 6 M 24 D	CHOACHI	SANTA ROSA (	3228755200	3105830186	
EPS FAMISAN/	02/10/1940	85 A 1 M 4 D	CHOACHI	LA PALMA CH	3132435383	3217798169	
EPS FAMISAN/	06/01/1954	71 A 9 M 31 D	CHOACHI	VILLAESPERAI	3103108093		
NUEVA EPS	01/01/1971	54 A 9 M 35 D	CHOACHI	VRA CHIVATE	3203230471		
EPS FAMISAN/	09/11/1963	61 A 11 M 28	CHOACHI	BOBADILLAS (	3142641083	3133156895	
NUEVA EPS	15/06/1940	85 A 4 M 23 D	CHOACHI	FERRALARAD/	3143771162	3118104177	
NUEVA EPS	04/07/1941	84 A 4 M 3 D	CHOACHI	FERRALARAD/	3124200614		
COMPENSAR	11/03/1963	62 A 7 M 25 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3112689922		
COMPENSAR	01/02/1986	39 A 8 M 35 D	CHOACHI	LA VICTORIA (	3504029134	3137629878	
NUEVA EPS	27/10/1951	74 A 0 M 9 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3142070327		
EPS FAMISAN/	11/03/2018	7 A 7 M 22 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3246285591	3023731212	
EPS FAMISAN/	04/09/1954	71 A 1 M 29 D	CHOACHI	EI HATO CHO/	3114576609		
EPS FAMISAN/	23/09/1952	73 A 1 M 10 D	CHOACHI	SEL HATO CH(	3114576609		

NUEVA EPS	29/08/1997	28 A 2 M 5 D	CHOACHI	BARRIO EL BO	3114983010	3132590150
NUEVA EPS	05/12/2015	9 A 10 M 29 D	CHOACHI	SECTOR LAS P	3011794312	
NUEVA EPS	18/05/2017	8 A 5 M 16 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3011794312	
EPS FAMISAN/	08/07/1949	76 A 3 M 29 D	CHOACHI	RESGUARDO E	3103197707	3103197707
EPS FAMISAN/	21/08/1951	74 A 2 M 16 D	CHOACHI	GUAZA CHOA	3103197707	3143981388
EPS FAMISAN/	22/08/1962	63 A 2 M 15 D	CHOACHI	CALLE 5 1 64 E	3192138556	
NUEVA EPS	27/09/2025	0 A 1 M 8 D	CHOACHI	CENTRO - CHC	3506555531	
NUEVA EPS	09/01/1973	52 A 9 M 28 D	CHOACHI	CARRERA 5 VI	3222519937	3208510487
EPS FAMISAN/	28/09/1947	78 A 1 M 9 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3134727990	3108903835
EPS FAMISAN/	13/02/1975	50 A 8 M 24 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3197336668	
EPS FAMISAN/	19/10/2016	9 A 0 M 16 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3143806714	3138754652
EPS FAMISAN/	15/09/1983	42 A 1 M 20 D	CHOACHI	RESGUARDO S	3138297768	
EPS FAMISAN/	25/10/1945	80 A 0 M 13 D	CHOACHI	CHOACHI LA C	3132118324	3506118576
NUEVA EPS	14/02/1933	92 A 8 M 23 D	CHOACHI	RESGUARDO E	3124832716	
EPS FAMISAN/	29/07/1965	60 A 3 M 6 D	CHOACHI	RESGUARDO C	3114565716	
NUEVA EPS	21/06/1954	71 A 4 M 17 D	CHOACHI	QUIUZA CHO/	3144761199	
NUEVA EPS	02/01/1952	73 A 9 M 36 D	CHOACHI	QUIUZA CHO/	3144761199	3142114330
NUEVA EPS	06/08/1972	53 A 2 M 31 D	CHOACHI	RIO BLANCO C	3127965332	
EPS FAMISAN/	28/08/1960	65 A 2 M 9 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3138094722	
COMPENSAR	28/10/1967	58 A 0 M 10 D	CHOACHI	CHOACHI VIC	3227460046	
COMPENSAR	06/08/1950	75 A 3 M 1 D	CHOACHI	GRANADILLO	3227837484	
EPS FAMISAN/	28/09/1961	64 A 1 M 10 D	CHOACHI	ALTO DE LA VI	3204206564	
NUEVA EPS	10/06/1963	62 A 4 M 27 D	CHOACHI	VEREDA LA PA	3112958288	
NUEVA EPS	13/01/1978	47 A 9 M 26 D	CHOACHI	AVENIDA MOI	3124664351	
EPS FAMISAN/	15/09/1943	82 A 1 M 21 D	CHOACHI	URBANIZACIO	3213504362	3213504362
PARTICULARE	24/12/1974	50 A 10 M 11	CHOACHI	vereda el hatc	3009839027	3009839027
EPS FAMISAN/	02/07/1961	64 A 4 M 5 D	CHOACHI	BOBADILLAS C	3118272771	
NUEVA EPS	04/09/1933	92 A 2 M 2 D	CHOACHI	CHOACHI CHA	3133262624	3204039733
NUEVA EPS	14/10/1954	71 A 0 M 24 D	CHOACHI	LLANADA CHC	3142254174	
EPS FAMISAN/	01/02/1958	67 A 9 M 6 D	CHOACHI	LA LLANADA C	3142254174	
EPS FAMISAN/	22/10/2014	11 A 0 M 13 D	CHOACHI	meseta choac	3112347618	3206072271
EPS FAMISAN/	27/08/1988	37 A 2 M 9 D	CHOACHI	centro	3123634784	3102094329
COMPENSAR	26/06/2021	4 A 4 M 9 D	CHOACHI	CHOACHI CEN	3133891724	3133891724
NUEVA EPS	26/02/2024	1 A 8 M 11 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3017220549	
COMPENSAR	13/10/1957	68 A 0 M 22 D	CHOACHI	PULPITO CHO.	3212543241	
EPS FAMISAN/	16/04/1984	41 A 6 M 23 D	CHOACHI	VIA REFUGIO	3133414213	
EPS FAMISAN/	03/06/2007	18 A 5 M 5 D	CHOACHI	CALLE 6 CRA 6	3118313560	
NUEVA EPS	07/12/1994	30 A 10 M 32	CHOACHI	RESGUARDO S	3144854003	
NUEVA EPS	13/11/1945	79 A 11 M 22	CHOACHI	hogar monfor	3008586757	
NUEVA EPS	04/09/1941	84 A 2 M 3 D	CHOACHI	CALLE 1 N 4 -(	3202140859	
EPS FAMISAN/	11/09/1952	73 A 1 M 27 D	CHOACHI	BOBADILLA CH	3188676535	
COMPENSAR	02/04/2003	22 A 7 M 5 D	CHOACHI	BOBADILLAS C	3108849928	
EPS FAMISAN/	06/10/1946	79 A 1 M 1 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3132871842	
EPS FAMISAN/	29/03/2025	0 A 7 M 10 D	CHOACHI	BARRIO SAN C	3214669803	3123415459
NUEVA EPS	08/02/1970	55 A 8 M 31 D	CHOACHI	V RESGUARDC	3027450409	
COMPENSAR	01/11/1943	82 A 0 M 6 D	CHOACHI	REGUARDO SU	3112392089	
EPS FAMISAN/	29/06/2002	23 A 4 M 8 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3229487973	

EPS FAMISAN/	29/06/2002	23 A 4 M 8 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3229487973		
COMPENSAR	06/02/1994	31 A 8 M 29 D	CHOACHI	POTRERO GR/	3212068244	3212068244	
NUEVA EPS	28/05/2000	25 A 5 M 11 D	CHOACHI	LLANADA CHC	3248952313		
COMPENSAR	07/12/1950	74 A 10 M 31	CHOACHI	LAURELES CH	3232934573	3213537538	
EPS FAMISAN/	14/12/1997	27 A 10 M 21	CHOACHI	VEREDA RESG	3217558393	3184268733	
NUEVA EPS	05/10/2003	22 A 0 M 30 D	CHOACHI	ALTO DE LA VI	3249599376		
EPS FAMISAN/	13/08/1991	34 A 2 M 24 D	CHOACHI	EL PULPITO CI	3115761090	3112601955	
EPS FAMISAN/	21/05/1997	28 A 5 M 18 D	CHOACHI	EL HATO CHO/	3154531825	300843319	
COMPENSAR	25/07/1956	69 A 3 M 13 D	CHOACHI	LAURELES CH(	3133139200		
COMPENSAR	22/03/1972	53 A 7 M 17 D	CHOACHI	QUIUZA CHO/	3223256930	3102735279	
NUEVA EPS	14/09/1943	82 A 1 M 22 D	CHOACHI	EL PULPITO CI	3103047150		
EPS FAMISAN/	22/09/1987	38 A 1 M 17 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3155044287		
NUEVA EPS	23/01/2023	2 A 9 M 17 D	CHOACHI	VIA EL REFUG	3124395240	3213286203	
EPS FAMISAN/	20/09/2000	25 A 1 M 19 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3115596669		
EPS FAMISAN/	20/09/2000	25 A 1 M 19 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3115596669		
EPS FAMISAN/	18/07/2006	19 A 3 M 17 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3115695120		
EPS FAMISAN/	25/09/1977	48 A 1 M 12 D	CHOACHI	VEREDA RESG	3125494812		
NUEVA EPS	24/01/1972	53 A 9 M 13 D	CHOACHI	LAURELES CH(	3108103261		
NUEVA EPS	01/06/1989	36 A 5 M 9 D	CHOACHI	LOS LAURELES	3133832261		
COMPENSAR	05/02/1971	54 A 8 M 33 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3112426710		
EPS FAMISAN/	27/03/1985	40 A 7 M 13 D	CHOACHI	ferralarada	3112447968		
EPS FAMISAN/	06/12/1998	26 A 10 M 33	CHOACHI	LA CABAÑA CI	3143525372		
EPS FAMISAN/	02/10/2018	7 A 1 M 3 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3213686211	3213338895	
COMPENSAR	03/05/1953	72 A 6 M 6 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3219181552		
NUEVA EPS	09/07/1998	27 A 3 M 31 D	CHOACHI	CHIVATE CHO	3202883773		
EPS FAMISAN/	28/05/1972	53 A 5 M 9 D	CHOACHI	RIO BLANCO C	3208651181	3194640169	
EPS FAMISAN/	18/06/1996	29 A 4 M 17 D	CHOACHI	EL CARRIZO	3144872551	3125370303	
EPS FAMISAN/	03/11/1998	27 A 0 M 3 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3114962349		
EPS FAMISAN/	03/11/1998	27 A 0 M 3 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3114962349		
NUEVA EPS	29/06/1967	58 A 4 M 11 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3132163621		
NUEVA EPS	22/02/2002	23 A 8 M 17 D	CHOACHI	CHOACHI CEN	3214976025		
PARTICULARE	06/12/2017	7 A 10 M 30 D	CHOACHI	FERRALARAD/	3213500853		
NUEVA EPS	27/04/1990	35 A 6 M 10 D	CHOACHI	FERRALARAD/	3132650637		
NUEVA EPS	01/12/1983	41 A 11 M 6 D	CHOACHI	FERRALARAD/	3108059024		
COMPENSAR	24/04/1982	43 A 6 M 14 D	CHOACHI	CENTRO CR 1	3227457121		
COMPENSAR	24/04/1982	43 A 6 M 14 D	CHOACHI	CENTRO CR 1	3227457121		
EPS FAMISAN/	11/12/2024	0 A 10 M 27 D	CHOACHI	RESGUARDO S	3228509768		
EPS FAMISAN/	04/03/1995	30 A 7 M 32 D	CHOACHI	KR 3 N CENTR	3229205162	3144064693	
EPS FAMISAN/	18/06/2025	0 A 4 M 17 D	CHOACHI	GRANADILLO	3195437597		
COMPENSAR	03/07/2015	10 A 4 M 1 D	CHOACHI	GRANADILLO	3196342854		
NUEVA EPS	12/07/1947	78 A 3 M 25 D	CHOACHI	CRA 3 CALLE 6	3143798367		
NUEVA EPS	10/07/1938	87 A 3 M 27 D	CHOACHI	RESGUARDO	3014018552		
EPS FAMISAN/	26/07/1975	50 A 3 M 10 D	CHOACHI	rio blanco CH(	3227464428	3195807373	
NUEVA EPS	19/11/1949	75 A 11 M 18	CHOACHI	RESGUARDO I	3209054701	3138262691	
EPS FAMISAN/	14/02/1948	77 A 8 M 23 D	CHOACHI	CHOACHI LA V	3144093990		
EPS FAMISAN/	20/02/1959	66 A 8 M 17 D	CHOACHI	PROTEROGRA	3124285471		
EPS FAMISAN/	25/12/1934	90 A 10 M 12	CHOACHI	GRANADILLO	3115036850	3214387537	

EPS FAMISAN/	23/06/1988	37 A 4 M 16 D	CHOACHI	CARRERA 3 N	3124036323	3133414213
EPS FAMISAN/	08/02/1984	41 A 8 M 31 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3115178126	
COMPENSAR	17/12/1959	65 A 10 M 24	CHOACHI	FERRALARAD/	3138551921	3115415354
EPS FAMISAN/	02/12/1955	69 A 11 M 9 D	CHOACHI	CARRERA 5 A	3227394842	
EPS FAMISAN/	24/12/1993	31 A 10 M 13	CHOACHI	FERRALARAD/	3223944110	
NUEVA EPS	09/03/2016	9 A 7 M 27 D	CHOACHI	CHOACHI VER	3223892881	3223892881
EPS FAMISAN/	06/07/1950	75 A 3 M 31 D	CHOACHI	VEREDA MAZ/	3134673601	3134673601
NUEVA EPS	28/03/1970	55 A 7 M 14 D	CHOACHI	CHOACHI RES	3118468945	3107742327
EPS FAMISAN/	22/06/1991	34 A 4 M 15 D	CHOACHI	BARRIO SAN (	3132888426	3004592919
NUEVA EPS	28/01/2006	19 A 9 M 10 D	CHOACHI	VILLANUEVA (	3144334304	
EPS FAMISAN/	29/01/2019	6 A 9 M 12 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3132888426	
EPS FAMISAN/	22/06/1991	34 A 4 M 19 D	CHOACHI	BARRIO SAN (	3132888426	3004592919
EPS FAMISAN/	30/03/1959	66 A 7 M 12 D	CHOACHI	VRD RESGUAF	3124483166	3208694242
COMPENSAR	30/07/1991	34 A 3 M 9 D	CHOACHI	GRANADILLO	3229004431	
EPS FAMISAN/	04/08/1938	87 A 3 M 3 D	CHOACHI	FERRALARAD/	3217111700	3502850634
EPS FAMISAN/	18/12/1950	74 A 10 M 19	CHOACHI	CENTRO CHO/	3142369382	3045948177
EPS FAMISAN/	10/11/1951	73 A 11 M 28	CHOACHI	EL HATO CHO/	3133419244	3005391343
NUEVA EPS	23/06/1965	60 A 4 M 19 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3138939585	
NUEVA EPS	15/08/1975	50 A 2 M 26 D	CHOACHI	LAS AGUADAS	3117527821	
COMPENSAR	01/07/1957	68 A 4 M 7 D	CHOACHI	RESGUARDO (	3125342013	
EPS FAMISAN/	13/08/1958	67 A 2 M 27 D	CHOACHI	cra 3 4 88	3142109184	
COMPENSAR	02/08/2009	16 A 3 M 8 D	CHOACHI	BARRONEGRC	3133398051	3203422543
COMPENSAR	04/07/1980	45 A 4 M 5 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3203461817	
NUEVA EPS	14/07/1989	36 A 3 M 23 D	CHOACHI	EL UVAL CHO/	3117620924	
SALUD TOTAL	03/04/2025	0 A 6 M 33 D	CHOACHI	CENTRO	3223710132	
EPS FAMISAN/	27/01/1958	67 A 9 M 9 D	CHOACHI	EL PULPITO CI	3138119674	3124946429
EPS FAMISAN/	08/09/2025	0 A 1 M 28 D	CHOACHI	FERRALARAD/	3112447968	3214503968
EPS FAMISAN/	10/10/1976	49 A 0 M 28 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3214730139	
EPS FAMISAN/	31/03/1949	76 A 7 M 5 D	CHOACHI	CHOACHI VD/	3195430800	
EPS FAMISAN/	03/11/2014	11 A 0 M 2 D	CHOACHI	EL CURI CHOA	3125319266	3175261506
NUEVA EPS	26/08/1988	37 A 2 M 10 D	CHOACHI	LLANADA CHC	3195430800	
COMPENSAR	08/02/1955	70 A 8 M 28 D	CHOACHI	BARRO NEGR(	3143679486	
COMPENSAR	04/12/1980	44 A 10 M 32	CHOACHI	LOS LAURELES	3196192910	
EPS FAMISAN/	12/04/1994	31 A 6 M 24 D	CHOACHI	EL PULPITO CI	3232449304	
EPS FAMISAN/	13/07/2023	2 A 3 M 23 D	CHOACHI	EL PULPITO CI	3232449304	
COMPENSAR	08/05/2025	0 A 5 M 28 D	CHOACHI	YERBA BUENA	3202289547	
COMPENSAR	24/12/1965	59 A 10 M 12	CHOACHI	CHOACHI LAU	3208060949	
EPS FAMISAN/	15/12/2022	2 A 10 M 21 D	CHOACHI	FERRALADA (	3104815594	3104815594
COMPENSAR	02/02/1959	66 A 8 M 34 D	CHOACHI	BARRO NEGR(	3212185437	
NUEVA EPS	08/11/1959	65 A 11 M 28	CHOACHI	quiuza choach	3118822469	
NUEVA EPS	12/01/1979	46 A 9 M 24 D	CHOACHI	GRANADILLO	3114586807	
COMPENSAR	01/09/1960	65 A 2 M 5 D	CHOACHI	VILLA ESPERA	3118973469	
EPS FAMISAN/	08/01/1974	51 A 9 M 29 D	CHOACHI	CHOACHI EL E	00000	
NUEVA EPS	04/08/1950	75 A 3 M 7 D	CHOACHI	LAURELES CH(	3195577824	3132559486
COMPENSAR	17/11/2009	15 A 11 M 21	CHOACHI	CHIVATE CHO/	3214418317	3224510338
NUEVA EPS	04/10/1944	81 A 1 M 1 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3132418059	3213658988
COMPENSAR	30/01/2007	18 A 9 M 6 D	CHOACHI	BOBADILLA CI	3124431717	

EPS FAMISAN/	13/06/1957	68 A 4 M 26 D	CHOACHI	GUAZA CHOA(	3132296962		
NUEVA EPS	14/06/1964	61 A 4 M 24 D	CHOACHI	RESGUARDO /	3112251180	3243629929	
PARTICULARE	09/02/2021	4 A 8 M 27 D	CHOACHI	vereda de ma	3024993585		
NUEVA EPS	09/02/2021	4 A 8 M 27 D	CHOACHI	vereda de ma	3024993585		
EPS FAMISAN/	12/08/1967	58 A 2 M 26 D	CHOACHI	RIOBLANCO C	3243629609	3143707822	
COMPENSAR	15/04/1982	43 A 6 M 23 D	CHOACHI	RESGUARDO (	3103012468		
EPS FAMISAN/	15/05/1980	45 A 5 M 26 D	CHOACHI	RESGUARDO S	3202096473	3125184960	
COMPENSAR	28/12/1972	52 A 10 M 13	CHOACHI	RESGUARDO (	3114738119		
COMPENSAR	20/10/1988	37 A 0 M 17 D	CHOACHI	EL PAJONAL C	3193373864	3196401639	
EPS FAMISAN/	11/10/1962	63 A 1 M 0 D	CHOACHI	EL PULPITO CI	3143340861	3203950283	
EPS FAMISAN/	15/09/1985	40 A 1 M 23 D	CHOACHI	POTRERO GR/	3124285471		
EPS FAMISAN/	10/01/1971	54 A 9 M 30 D	CHOACHI	CHOACHI CEN	3162663877	3504543553	
EPS FAMISAN/	23/08/1940	85 A 2 M 18 D	CHOACHI	RESGUARDO E	3134115940	313445940	
EPS FAMISAN/	14/05/1989	36 A 5 M 25 D	CHOACHI	vereda resgua	3138297768		
NUEVA EPS	16/06/1979	46 A 4 M 22 D	CHOACHI	resguardo baj	3107691062		
NUEVA EPS	22/11/2018	6 A 11 M 14 D	CHOACHI	VEREDA LOS L	3195430800	3192170572	
NUEVA EPS	20/12/1973	51 A 10 M 16	CHOACHI	LA CABANA CI	3216437765		
EPS FAMISAN/	19/02/1961	64 A 8 M 17 D	CHOACHI	BARRO NEGR(	3203422543		
NUEVA EPS	02/05/1997	28 A 6 M 3 D	CHOACHI	BARRONEGRC	3003948537		
EPS FAMISAN/	02/10/1971	54 A 1 M 3 D	CHOACHI	VEREDA MAZ/	3133431585		
NUEVA EPS	13/10/2006	19 A 0 M 23 D	CHOACHI	BARRO NEGR(	3115790495		
EPS FAMISAN/	23/02/2000	25 A 8 M 13 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3026545573	3508375641	
EPS FAMISAN/	08/09/2018	7 A 1 M 28 D	CHOACHI	VEREDA LOS L	3173498149	3196736135	
EPS FAMISAN/	13/07/1986	39 A 3 M 24 D	CHOACHI	BOBADILLA CI	3223828943		
EPS FAMISAN/	14/01/1970	55 A 9 M 23 D	CHOACHI	RIO BLANCO (	3132508944		
NUEVA EPS	22/06/2025	0 A 4 M 15 D	CHOACHI	REGUARDO CI	3223795410	3124196665	
NUEVA EPS	14/10/2023	2 A 0 M 23 D	CHOACHI	SALIDA A TERI	3156926108		
EPS FAMISAN/	27/05/1972	53 A 5 M 10 D	CHOACHI	centro	3105500110		
NUEVA EPS	20/03/1992	33 A 7 M 17 D	CHOACHI	CHATASUGA (	3112978109		
NUEVA EPS	18/02/1997	28 A 8 M 19 D	CHOACHI	CARRERA 4 N	3249889911		
NUEVA EPS	24/08/1997	28 A 2 M 13 D	CHOACHI	SAN CARLOS (	3024745413		
EPS FAMISAN/	12/01/2000	25 A 9 M 25 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3125577634	3118064463	
NUEVA EPS	19/12/1998	26 A 10 M 18	CHOACHI	LLANADA CHC	3125740557		
NUEVA EPS	08/09/1982	43 A 1 M 29 D	CHOACHI	centro	3011541565	3011541565	
EPS FAMISAN/	22/08/1963	62 A 2 M 15 D	CHOACHI	SANTA ROSA (	3142404992	3213973487	
NUEVA EPS	20/03/2001	24 A 7 M 17 D	CHOACHI	CRA 3 N 4 88	3114765153		
EPS FAMISAN/	16/04/1984	41 A 6 M 21 D	CHOACHI	LA LLANADA (	3502823696		
EPS FAMISAN/	06/10/1963	62 A 1 M 0 D	CHOACHI	VILLANUEVA (	3102520061		
EPS FAMISAN/	30/11/1966	58 A 11 M 7 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3228976737		
EPS FAMISAN/	26/03/1978	47 A 7 M 12 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3123065273		
COMPENSAR	23/07/1965	60 A 3 M 14 D	CHOACHI	FERRALARAD/	3224760995		
COMPENSAR	04/09/1969	56 A 2 M 2 D	CHOACHI	GUAZA CHOA(	3046254259		
NUEVA EPS	28/07/2011	14 A 3 M 14 D	CHOACHI	RESGUARDO (	3006867454		
NUEVA EPS	22/08/1965	60 A 2 M 20 D	CHOACHI	RESGUARDO (	3106967645		
NUEVA EPS	23/06/2006	19 A 4 M 19 D	CHOACHI	RESGUARDO E	3102248715		
NUEVA EPS	19/10/2007	18 A 0 M 23 D	CHOACHI	RESGUARDO S	3106967645	3102248715	
NUEVA EPS	01/01/1969	56 A 10 M 10	CHOACHI	RESGUARDO (	3102248715		

NUEVA EPS	18/02/1997	28 A 8 M 18 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3125058373		
NUEVA EPS	26/08/1988	37 A 2 M 10 D	CHOACHI	LLANADA CHC	3195430800		
EPS FAMISAN/	29/09/2010	15 A 1 M 7 D	CHOACHI	LAURELES CH(	3123679116	3202489353	
NUEVA EPS	08/08/2017	8 A 2 M 28 D	CHOACHI	LAURELES CH(	3103214783		
EPS FAMISAN/	15/11/2012	12 A 11 M 21	CHOACHI	LOS LAURELES	3214115889		
EPS FAMISAN/	12/11/1949	75 A 11 M 24	CHOACHI	LOS LAURELES	3134412013		
EPS FAMISAN/	12/10/2007	18 A 0 M 25 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3203459168	3138429763	
EPS FAMISAN/	12/04/1994	31 A 6 M 24 D	CHOACHI	EL PULPITO CI	3232449304		
EPS FAMISAN/	09/06/2017	8 A 4 M 27 D	CHOACHI	VEREDA LOS L	3107908734	3163309599	
NUEVA EPS	19/01/2018	7 A 9 M 17 D	CHOACHI	LOS LAURELES	3112258725	3112258725	
NUEVA EPS	22/10/2019	6 A 0 M 14 D	CHOACHI	LOS LAURELES	3224853209	3112258725	
NUEVA EPS	22/10/2019	6 A 0 M 14 D	CHOACHI	LOS LAURELES	3123692888		
EPS FAMISAN/	22/05/2003	22 A 5 M 15 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3132493036		
NUEVA EPS	31/10/1982	43 A 0 M 5 D	CHOACHI	LAURELES CH(	3224853209		
COMPENSAR	12/09/1963	62 A 1 M 24 D	CHOACHI	VEREDA SAN F	3193876144	3132180087	
COMPENSAR	20/07/1988	37 A 3 M 16 D	CHOACHI	SAN FRANCIS(	3194011131	3194011131	
COMPENSAR	23/07/2018	7 A 3 M 13 D	CHOACHI	VEREDA SAN F	3194011131		
NUEVA EPS	17/07/2014	11 A 3 M 19 D	CHOACHI	SAN FRANCIS(	3107855342	3192770118	
NUEVA EPS	17/12/2015	9 A 10 M 19 D	CHOACHI	SAN FRANSISC	3105737738	3105737738	
NUEVA EPS	30/06/2018	7 A 4 M 6 D	CHOACHI	san francisco (	3197239518		
COMPENSAR	24/04/2006	19 A 6 M 13 D	CHOACHI	RESGUARDOB	3219996620		
EPS FAMISAN/	10/11/1996	28 A 11 M 27	CHOACHI	RESGUARDO S	3186662322	3186662322	
EPS FAMISAN/	04/07/2025	0 A 4 M 2 D	CHOACHI	RESGUARDO /	3186662322		
COMPENSAR	12/03/2007	18 A 7 M 24 D	CHOACHI	V CHATASUG/	3138041208		
NUEVA EPS	10/01/1993	32 A 9 M 27 D	CHOACHI	LAURELES CH(	3144254273		
EPS FAMISAN/	15/06/2022	3 A 4 M 22 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3123166799		
NUEVA EPS	19/03/1968	57 A 7 M 17 D	CHOACHI	LA LLANADA C	3125503810		
NUEVA EPS	11/05/1984	41 A 5 M 25 D	CHOACHI	LA LLANADA C	3202946763		
NUEVA EPS	05/10/2025	0 A 1 M 1 D	CHOACHI	EL PULPITO - (	3144254273		
NUEVA EPS	11/10/1984	41 A 0 M 25 D	CHOACHI	la llanada CHC	3103487108		
COMPENSAR	12/10/1984	41 A 0 M 30 D	CHOACHI	CHIVATE CHO.	3204748310	3219740384	
COMPENSAR	20/03/1986	39 A 7 M 17 D	CHOACHI	FERRALARAD/	3134046016		
NUEVA EPS	26/01/1997	28 A 9 M 10 D	CHOACHI	VEREDA BARR	0000000		
COMPENSAR	21/08/1986	39 A 2 M 19 D	CHOACHI	CALLE 6 N° 1-	3125973961	31259739613	
NUEVA EPS	02/03/1977	48 A 8 M 6 D	CHOACHI	LOS LAURELES	3107530179	3197451144	
COMPENSAR	18/01/1951	74 A 9 M 20 D	CHOACHI	POTREROGRA	3143116736		
NUEVA EPS	02/02/1967	58 A 8 M 35 D	CHOACHI	BOBADILLAS C	3212624948		
COMPENSAR	09/11/1944	81 A 0 M 2 D	CHOACHI	RESGUARDO /	3103122517		
NUEVA EPS	07/11/1988	36 A 11 M 31	CHOACHI	ALTO DEL PAL	3138698327		
EPS FAMISAN/	25/12/2007	17 A 10 M 12	CHOACHI	EL HATO CHO/	3134809484		
EPS FAMISAN/	02/07/1968	57 A 4 M 4 D	CHOACHI	LA VICTORIA C	3142023041	3142023041	
NUEVA EPS	12/08/1980	45 A 2 M 25 D	CHOACHI	LA PALMA CH	3178276032		
NUEVA EPS	12/11/1959	65 A 11 M 25	CHOACHI	LA CAJA CHO/	3208006249		
EPS FAMISAN/	26/05/1963	62 A 5 M 16 D	CHOACHI	FERRELARADA	3133840354	3202205888	
EPS FAMISAN/	24/06/1977	48 A 4 M 18 D	CHOACHI	LA VICTORIA C	3106675133	3138051224	
COMPENSAR	14/06/2005	20 A 4 M 23 D	CHOACHI	RESGUARDO	3144672765	3222472792	
NUEVA EPS	25/06/2024	1 A 4 M 12 D	CHOACHI	ferralarada - r	3227608237		

COMPENSAR	10/12/1959	65 A 10 M 27	CHOACHI	QUIUZA CHO/	3213642545	3108199366
EPS FAMISAN/	22/10/2014	11 A 0 M 15 D	CHOACHI	meseta choac	3112347618	3206072271
COMPENSAR	29/09/1953	72 A 1 M 8 D	CHOACHI	FERRALARAD/	3118492954	3112059247
NUEVA EPS	16/06/1979	46 A 4 M 21 D	CHOACHI	resguardo baj	3107691062	
COMPENSAR	19/11/1949	75 A 11 M 23	CHOACHI	RESGUARDO S	3123791487	3214839078
COMPENSAR	14/03/1973	52 A 7 M 28 D	CHOACHI	RESGUARDO S	3214839078	
NUEVA EPS	15/08/1995	30 A 2 M 22 D	CHOACHI	VILLA ESPERA	3118973469	
EPS FAMISAN/	30/10/1962	63 A 0 M 7 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3014401855	3014018552
NUEVA EPS	09/01/1971	54 A 9 M 28 D	CHOACHI	RESGUARDO (	3202382042	3006867454
COMPENSAR	06/08/2012	13 A 2 M 31 D	CHOACHI	CHATASUGA (	3123565981	
NUEVA EPS	14/10/1993	32 A 0 M 23 D	CHOACHI	VDA RESGUAF	3502823703	3203935105
COMPENSAR	06/08/2012	13 A 2 M 31 D	CHOACHI	CHATASUGA (	3123565981	
NUEVA EPS	30/01/1953	72 A 9 M 12 D	CHOACHI	RESGURDO B/	3216471727	3216471727
EPS FAMISAN/	22/03/1936	89 A 7 M 15 D	CHOACHI	CHATASUGA (	3208584924	3208584924
EPS FAMISAN/	01/05/1942	83 A 6 M 10 D	CHOACHI	CHIVATE CHO	3112894665	
NUEVA EPS	31/07/2000	25 A 3 M 11 D	CHOACHI	BOBADILLA	3022093023	3241140673
EPS FAMISAN/	17/04/1940	85 A 6 M 21 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3143463501	3012654617
NUEVA EPS	22/08/1965	60 A 2 M 15 D	CHOACHI	RESGUARDO (	3106967645	
COMPENSAR	26/09/1976	49 A 1 M 12 D	CHOACHI	VILLA ESPERA	3124377157	
NUEVA EPS	28/11/2015	9 A 11 M 9 D	CHOACHI	FRENTE AL TE	3154200109	3503510758
NUEVA EPS	26/11/2022	2 A 11 M 11 D	CHOACHI	FRENTE AL TE	3154200109	3503510758
COMPENSAR	25/05/1951	74 A 5 M 13 D	CHOACHI	VEREDA RESC	3107825990	3177283864
NUEVA EPS	09/01/2021	4 A 9 M 28 D	CHOACHI	FRENTE TERM	3503510758	3154200109
EPS FAMISAN/	16/08/2012	13 A 2 M 26 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3144936884	
EPS FAMISAN/	25/04/1983	42 A 6 M 17 D	CHOACHI	GRANADILLO(	3124148246	
EPS FAMISAN/	24/07/1949	76 A 3 M 14 D	CHOACHI	RESGUARDOB	3219809692	
NUEVA EPS	25/03/1999	26 A 7 M 17 D	CHOACHI	FERRALARAD/	3017220549	
EPS FAMISAN/	03/06/1950	75 A 5 M 4 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3114796296	
EPS FAMISAN/	09/08/1944	81 A 2 M 29 D	CHOACHI	SALIDA FOME	3102626932	3124242281
COMPENSAR	21/08/1954	71 A 2 M 17 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3202907641	
NUEVA EPS	13/09/1981	44 A 1 M 25 D	CHOACHI	la victoria CH(	3223099339	
NUEVA EPS	19/02/1955	70 A 8 M 19 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3112079353	
ENTIDAD PRO	06/08/1991	34 A 2 M 31 D	CHOACHI	calle 7 n 1 - 4	3227357727	
EPS FAMISAN/	15/10/1939	86 A 0 M 23 D	CHOACHI	ANCIANATO C	0000	
NUEVA EPS	25/12/1947	77 A 10 M 13	CHOACHI	LA PALMA CH	3224506625	
NUEVA EPS	06/03/1948	77 A 7 M 32 D	CHOACHI	CHOACHI CEN	3103239794	3208391005
COMPENSAR	06/08/2012	13 A 2 M 31 D	CHOACHI	CHATASUGA (	3123565981	
NUEVA EPS	23/09/1955	70 A 1 M 15 D	CHOACHI	LA LLANADA (	3115078094	3208040906
EPS FAMISAN/	05/07/1990	35 A 4 M 3 D	CHOACHI	BOBADILLAS (	3112098625	
EPS FAMISAN/	19/03/1946	79 A 7 M 19 D	CHOACHI	VEREDA EL H/	3002576003	
COMPENSAR	10/06/1962	63 A 4 M 28 D	CHOACHI	FERRALARAD/	3213161364	
NUEVA EPS	25/02/2002	23 A 8 M 13 D	CHOACHI	vEREDA FERR	3223425332	
NUEVA EPS	05/11/2020	5 A 0 M 1 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3215477472	3232040719
COMPENSAR	06/08/2012	13 A 2 M 31 D	CHOACHI	CHATASUGA (	3123565981	
COMPENSAR	16/07/2000	25 A 3 M 21 D	CHOACHI	CHIVATE CHO	3232196019	3232196019
EPS FAMISAN/	06/09/1973	52 A 1 M 31 D	CHOACHI	VILLA ESPERA	3124863282	
EPS FAMISAN/	06/09/1973	52 A 2 M 1 D	CHOACHI	VILLA ESPERA	3124863282	

COMPENSAR	28/05/1960	65 A 5 M 9 D	CHOACHI	CHATASUGA (	3115013734	3222341200
COMPENSAR	25/04/1972	53 A 6 M 12 D	CHOACHI	POTRERO GR/	3132761961	
EPS FAMISAN/	28/08/1950	75 A 2 M 13 D	CHOACHI	FERRALARAD/	3013190501	3112662777
COMPENSAR	03/12/1946	78 A 11 M 8 D	CHOACHI	EL CURI CHOA	3165716603	3118347538
COMPENSAR	20/09/1943	82 A 1 M 22 D	CHOACHI	EL CURI CHOA	3118347538	3165716603
COMPENSAR	19/04/1948	77 A 6 M 19 D	CHOACHI	BOBADILLAS (	3175285031	3204787800
EPS FAMISAN/	31/08/1978	47 A 2 M 9 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3112061967	
EPS FAMISAN/	07/01/2013	12 A 9 M 33 D	CHOACHI	SANTA ROSA (	3112061967	
EPS FAMISAN/	02/05/1943	82 A 6 M 9 D	CHOACHI	RESGUARDO S	3126355895	3126355895
COMPENSAR	06/08/1962	63 A 3 M 1 D	CHOACHI	iglesia san mi	3219353588	
COMPENSAR	18/05/1984	41 A 5 M 20 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3143116798	
EPS FAMISAN/	14/05/1993	32 A 5 M 24 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3132408360	3106878165
NUEVA EPS	16/06/1979	46 A 4 M 22 D	CHOACHI	resguardo baj	3107691062	
EPS FAMISAN/	06/08/2023	2 A 3 M 1 D	CHOACHI	LA CABAÑA CI	3028468346	
EPS FAMISAN/	30/11/1996	28 A 11 M 8 D	CHOACHI	CHOACHI LA C	3025926049	3108056790
NUEVA EPS	13/10/2006	19 A 0 M 25 D	CHOACHI	BARRO NEGR(	3115790495	
EPS FAMISAN/	03/11/1985	40 A 0 M 7 D	CHOACHI	RESGUARDO S	3144753725	
NUEVA EPS	27/09/1984	41 A 1 M 11 D	CHOACHI	BARRIO EL BO	3108078486	
EPS FAMISAN/	11/04/1969	56 A 6 M 31 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3188228533	
COMPENSAR	15/11/1982	42 A 11 M 23	CHOACHI	RESGUARDO S	3123154172	
EPS FAMISAN/	01/09/1945	80 A 2 M 10 D	CHOACHI	GRANADILLO	3118679756	3118679756
COMPENSAR	31/10/2020	5 A 0 M 7 D	CHOACHI	VEREDA MAZ/	3113463671	
NUEVA EPS	01/08/1944	81 A 3 M 10 D	CHOACHI	CHOACHI LOS	3108128583	3107530179
NUEVA EPS	11/05/1955	70 A 5 M 31 D	CHOACHI	GUAZA CHOA(	3505033100	3118804815
COMPENSAR	29/04/2024	1 A 6 M 9 D	CHOACHI	POTRERO GR/	3112874543	3112874543
NUEVA EPS	04/08/1962	63 A 3 M 7 D	CHOACHI	GUAZA CHOA(	3505033100	
NUEVA EPS	06/05/1948	77 A 6 M 5 D	CHOACHI	VILLA ESPERA	3204152586	
EPS FAMISAN/	06/07/1985	40 A 4 M 2 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3124289403	
COMPENSAR	28/04/1976	49 A 6 M 14 D	CHOACHI	SALITRE CHO/	3204687866	3143311246
EPS FAMISAN/	10/04/1960	65 A 6 M 32 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3113217648	
NUEVA EPS	07/06/1976	49 A 5 M 4 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3114992164	3202255442
COMPENSAR	10/08/1945	80 A 3 M 1 D	CHOACHI	FERRALARAD/	3208047970	3208047970
EPS FAMISAN/	01/12/1938	86 A 11 M 10	CHOACHI	CENTRO CHO/	3112007491	3112087325
COMPENSAR	07/07/1939	86 A 4 M 4 D	CHOACHI	CENTRO CALL	3155214878	
COMPENSAR	01/11/1971	54 A 0 M 6 D	CHOACHI	GRANADILLO	3026977737	3208420947
EPS FAMISAN/	10/03/1956	69 A 7 M 32 D	CHOACHI	CHOACHI CEN	3202790089	
NUEVA EPS	08/03/1961	64 A 8 M 3 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3202796283	3123593763
EPS FAMISAN/	18/11/1953	71 A 11 M 24	CHOACHI	POTRERO GR/	3223715435	
EPS FAMISAN/	03/06/2006	19 A 5 M 4 D	CHOACHI	RESGUARDO I	3115116136	
EPS FAMISAN/	04/04/1983	42 A 7 M 7 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3102338736	
NUEVA EPS	12/07/1971	54 A 3 M 26 D	CHOACHI	CHOACHI CEN	3124595001	
EPS FAMISAN/	20/04/1993	32 A 6 M 18 D	CHOACHI	CHOACHI CEN	3144569375	
EPS FAMISAN/	08/12/1988	36 A 10 M 30	CHOACHI	CENTRO CHO/	3107959770	
NUEVA EPS	17/01/1990	35 A 9 M 21 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3232224933	3107959770
EPS FAMISAN/	06/09/1973	52 A 2 M 1 D	CHOACHI	VILLA ESPERA	3124863282	
EPS FAMISAN/	28/02/1978	47 A 8 M 10 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3008532270	
EPS FAMISAN/	13/10/1974	51 A 0 M 25 D	CHOACHI	LAURELES CH(	3142742115	

EPS FAMISAN/	10/01/1975	50 A 9 M 28 D	CHOACHI	LA VICTORIA (	3134412013		
COMPENSAR	25/04/1972	53 A 6 M 13 D	CHOACHI	POTRERO GRA	3132761961		
COMPENSAR	18/02/2012	13 A 8 M 20 D	CHOACHI	MAZACHOACI	3136747251		
COMPENSAR	29/04/2024	1 A 6 M 9 D	CHOACHI	potrero grand	3112874743		
COMPENSAR	07/12/1982	42 A 10 M 31	CHOACHI	potrerogrando	3112874745		
SALUD TOTAL	08/11/1979	45 A 11 M 30	CHOACHI	centro	3112346265	3143956342	
COMPENSAR	12/10/1978	47 A 0 M 26 D	CHOACHI	GUAZA CHOA(	3168365965	3133674348	
COMPENSAR	05/02/1971	54 A 8 M 34 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3112426710		
EPS FAMISAN/	05/08/1963	62 A 3 M 3 D	CHOACHI	VILLA ESPERA	3107571879	3133630321	
COMPENSAR	04/11/1964	61 A 0 M 4 D	CHOACHI	QUIUZA CHO/	3144180687		
NUEVA EPS	19/12/1937	87 A 10 M 20	CHOACHI	CENTRO CHO/	3202664886		
EPS FAMISAN/	24/05/1938	87 A 5 M 15 D	CHOACHI	L ALLANADA (	3134805891		
NUEVA EPS	21/11/2020	4 A 11 M 18 D	CHOACHI	centro choach	3144803442		
PARTICULARE	03/11/1956	69 A 0 M 5 D	CHOACHI	CENTRO	3115312591		
PARTICULARE	04/04/1965	60 A 7 M 4 D	CHOACHI	centro	3115312591		
NUEVA EPS	16/04/2021	4 A 6 M 23 D	CHOACHI	llanada alta ch	3224361240	3108056790	
EPS FAMISAN/	21/11/1975	49 A 11 M 18	CHOACHI	SANTA ROSA (	3107501610	3212506033	
EPS FAMISAN/	16/09/1979	46 A 1 M 23 D	CHOACHI	GRANADILLO	3213375373		
NUEVA EPS	03/05/1966	59 A 6 M 5 D	CHOACHI	QUIUZA CHO/	3107579203		
NUEVA EPS	08/04/1969	56 A 6 M 31 D	CHOACHI	FERRALARAD/	3144643160		
COMPENSAR	22/04/2007	18 A 6 M 17 D	CHOACHI	GUAZA CHOA(	3148584013		
NUEVA EPS	14/05/2007	18 A 5 M 25 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3132650637		
NUEVA EPS	17/10/1989	36 A 0 M 22 D	CHOACHI	FERRA CHOAC	3112951426		
NUEVA EPS	28/03/1991	34 A 7 M 11 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3228976737		
NUEVA EPS	08/07/1991	34 A 3 M 31 D	CHOACHI	QUIUZA CHO/	3133593003		
NUEVA EPS	18/02/1997	28 A 8 M 21 D	CHOACHI	CARRERA 4 N	3249889911		
COMPENSAR	12/12/1961	63 A 10 M 27	CHOACHI	VDA EL PULPI	3125628758		
EPS FAMISAN/	25/08/2007	18 A 2 M 14 D	CHOACHI	CALLE 5 # 4-5!	3194094783		
NUEVA EPS	06/05/1979	46 A 6 M 2 D	CHOACHI	quiuza	3108509248		
COMPENSAR	06/09/1974	51 A 2 M 3 D	CHOACHI	BOBADILLAS (	3225738003		
NUEVA EPS	27/09/1951	74 A 1 M 13 D	CHOACHI	CRA 9 NO 3-3	3196772465		
COMPENSAR	07/04/1993	32 A 7 M 3 D	CHOACHI	RESGUARDO I	3138161933		
EPS FAMISAN/	20/08/1970	55 A 2 M 21 D	CHOACHI	RESGUARDO S	3004705529	3108642919	
PARTICULARE	18/07/1971	54 A 3 M 23 D	CHOACHI	BOGOTA	3114615621		
NUEVA EPS	31/12/1938	86 A 10 M 10	CHOACHI	POTRERO GRA	3107592691		
COMPENSAR	08/10/1974	51 A 1 M 2 D	CHOACHI	POTRERO GRA	3117592691		
EPS FAMISAN/	11/09/1956	69 A 1 M 31 D	CHOACHI	FERRALARAD/	3106971294		
PARTICULARE	29/01/1965	60 A 9 M 12 D	CHOACHI	CENTRO	3144313489	3144313489	
PARTICULARE	18/09/1945	80 A 1 M 24 D	CHOACHI	VDA MASA	3138304090		
PARTICULARE	15/11/1942	82 A 11 M 27	CHOACHI	MAZA CHOAC	3138304090		
EPS FAMISAN/	14/02/2001	24 A 8 M 27 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3125444405		
COMPENSAR	10/08/1987	38 A 2 M 31 D	CHOACHI	MAZA CHOAC	3135558743		
EPS FAMISAN/	07/01/2013	12 A 9 M 34 D	CHOACHI	SANTA ROSA (	3112061967		
EPS FAMISAN/	24/04/1987	38 A 6 M 18 D	CHOACHI	RESGUARDO I	3112640621		
EPS FAMISAN/	23/08/1946	79 A 2 M 19 D	CHOACHI	FERRALARAD/	3196014217	3193281231	
EPS FAMISAN/	28/08/1967	58 A 2 M 14 D	CHOACHI	CHOACHI VILL	3143470313		
COMPENSAR	23/11/1969	55 A 11 M 19	CHOACHI	LA PALMA CH	3124882013		

NUEVA EPS	19/09/2025	0 A 1 M 23 D	CHOACHI	CENTRO CHO/	3108517910		
EPS FAMISAN/	05/08/1974	51 A 3 M 6 D	CHOACHI	LA VICTORIA (	3203125416		
EPS FAMISAN/	30/11/2020	4 A 11 M 12 D	CHOACHI	LLANADA CHC	3203686917	3504808541	
EPS FAMISAN/	09/08/1965	60 A 3 M 2 D	CHOACHI	LA CAJA CHOA	3507403322		
EPS FAMISAN/	16/07/1931	94 A 3 M 26 D	CHOACHI	LA CAJA (CHO.	3118808269		
EPS FAMISAN/	12/05/2025	0 A 5 M 30 D	CHOACHI	chivate	3142938442		
COMPENSAR	29/09/2025	0 A 1 M 13 D	CHOACHI	centro	3104442652	3108822396	
EPS FAMISAN/	01/05/1942	83 A 6 M 10 D	CHOACHI	CHIVATE CHO.	3112894665		
COMPENSAR	28/05/1960	65 A 5 M 14 D	CHOACHI	CHATASUGA (	3115013734	3222341200	
EPS FAMISAN/	09/04/2004	21 A 6 M 33 D	CHOACHI	SAN FRANSISC	00		

FechaAtencion	CodDiagnoCap	CodCausaDiag	DXPrincipal	CapDxRel1	CodDxRel1	DesDiag
31/10/2025	B97	7	PAPILOMAVIR	L50	9	URTICARIA, N
31/10/2025	D50	9	ANEMIA POR	S35	2	TRAUMATISM
31/10/2025	K29	7	GASTRITIS, NC			
31/10/2025	N28	1	QUISTE DE RI	L08	9	INFECCION LO
31/10/2025	E78	0	HIPERCOLESTI	I84	2	HEMORROIDE
31/10/2025	Z10	8	OTROS CONTF	G43	9	MIGRAÑA, NC
31/10/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	I87	2	INSUFICIENCIA
31/10/2025	Z10	8	OTROS CONTF	R51	X	CEFALEA
31/10/2025	K58	9	SINDROME DE	F41	1	TRASTORNO D
31/10/2025	N91	2	AMENORREA,			
06/11/2025	F41	9	TRASTORNO D			
05/11/2025	F92	0	TRASTORNO D			
06/11/2025	Z63	3	PROBLEMAS F			
05/11/2025	F98	9	TRASTORNOS			
06/11/2025	R41	8	OTROS SINTO			
06/11/2025	R41	8	OTROS SINTO			
31/10/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E03	9	HIPOTIROIDIS
31/10/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E10	9	DIABETES MEI
04/11/2025	E74	9	TRASTORNO D			
04/11/2025	E74	9	TRASTORNO D			
04/11/2025	Z00	1	CONTROL DE S			
31/10/2025	M54	5	LUMBAGO NC			
04/11/2025	J30	3	OTRAS RINITIS	L30	9	DERMATITIS, I
04/11/2025	B08	1	MOLUSCO CO			
04/11/2025	N39	9	TRASTORNO D	J35	1	HIPERTROFIA
04/11/2025	E74	9	TRASTORNO D			
04/11/2025	E66	0	OBESIDAD DE	R51	X	CEFALEA
05/11/2025	F32	1	EPISODIO DEP			
06/11/2025	Z63	0	PROBLEMAS E			
06/11/2025	F41	9	TRASTORNO D			
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E11	9	DIABETES MEI
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E11	9	DIABETES MEI
04/11/2025	R29	4	CHASQUIDO D			
31/10/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
01/11/2025	Z00	1	CONTROL DE S			
31/10/2025	N80	0	ENDOMETRIO	R10	2	DOLOR PELVIC
05/11/2025	Z50	4	PSICOTERAPIA			
04/11/2025	E03	9	HIPOTIROIDIS			
04/11/2025	E78	5	HIPERLIPIDEM	D64	9	ANEMIA DE TI
04/11/2025	M89	9	TRASTORNO D	R55	X	SINCOPE Y CO
03/11/2025	N40	X	HIPERPLASIA I	M23	9	TRASTORNOS
31/10/2025	O03	9	ABORTO ESPC			
03/11/2025	E03	9	HIPOTIROIDIS	L30	9	DERMATITIS, I
07/11/2025	R23	2	RUBOR	L21	8	OTRAS DERM
01/11/2025	Z12	3	EXAMEN DE P			

01/11/2025	Z12	3	EXAMEN DE P			
01/11/2025	Z12	3	EXAMEN DE P			
01/11/2025	Z12	3	EXAMEN DE P			
01/11/2025	Z12	3	EXAMEN DE P			
01/11/2025	Z12	3	EXAMEN DE P			
01/11/2025	Z12	3	EXAMEN DE P			
01/11/2025	Z12	3	EXAMEN DE P			
01/11/2025	Z12	3	EXAMEN DE P			
01/11/2025	Z12	3	EXAMEN DE P			
31/10/2025	R06	0	DISNEA			
01/11/2025	Z12	3	EXAMEN DE P			
01/11/2025	Z12	3	EXAMEN DE P			
04/11/2025	L70	8	OTROS ACNES			
01/11/2025	Z12	3	EXAMEN DE P			
01/11/2025	Z12	3	EXAMEN DE P			
31/10/2025	F20	9	ESQUIZOFREN	E78	0	HIPERCOLESTI
01/11/2025	Z12	3	EXAMEN DE P			
01/11/2025	Z12	3	EXAMEN DE P			
01/11/2025	Z12	3	EXAMEN DE P			
01/11/2025	Z12	3	EXAMEN DE P			
31/10/2025	Z00	2	EXAMEN DUR			
31/10/2025	Z00	2	EXAMEN DUR			
31/10/2025	Z00	0	EXAMEN MED			
31/10/2025	Z00	0	EXAMEN MED			
04/11/2025	Z76	2	CONSULTA PA			
31/10/2025	I84	5	HEMORROIDE	K58	9	SINDROME DE
04/11/2025	M89	2	OTROS TRAST			
04/11/2025	M89	2	OTROS TRAST			
01/11/2025	J45	9	ASMA, NO ESI	M54	5	LUMBAGO NC
04/11/2025	M23	8	OTROS TRAST			
04/11/2025	Z00	1	CONTROL DE S			
04/11/2025	Z76	2	CONSULTA PA			
04/11/2025	H52	6	OTROS TRAST			
02/11/2025	E03	9	HIPOTIROIDIS	F70	9	RETRASO MEN
04/11/2025	M89	2	OTROS TRAST			
06/11/2025	I63	9	INFARTO CERE	Z10	8	OTROS CONTF
01/11/2025	E11	9	DIABETES MEI	I10	X	HIPERTENSIOI
04/11/2025	M89	2	OTROS TRAST			
01/11/2025	M89	2	OTROS TRAST			
04/11/2025	B82	9	PARASITOSIS I			
31/10/2025	H81	1	VERTIGO PAR(			
04/11/2025	R29	4	CHASQUIDO D			
04/11/2025	L30	9	DERMATITIS, I			
04/11/2025	R51	X	CEFALEA	H52	6	OTROS TRAST
01/11/2025	K59	0	CONSTIPACIO			
04/11/2025	J35	1	HIPERTROFIA			
04/11/2025	L30	9	DERMATITIS, I			

04/11/2025	R51	X	CEFALEA			
04/11/2025	M89	2	OTROS TRAST			
01/11/2025	K52	9	COLITIS Y GAS			
03/11/2025	J44	9	ENFERMEDAC	R32	X	INCONTINENC
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI			
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI			
05/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
31/10/2025	G43	9	MIGRAÑA, NC			
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	K29	7	GASTRITIS, NC
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI			
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	M25	5	DOLOR EN AR
05/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E11	9	DIABETES MEI
05/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E03	9	HIPOTIROIDIS
06/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	I48	X	FIBRILACION Y
05/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
05/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
06/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	I50	9	INSUFICIENCIA
05/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI			
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI			
05/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
05/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
07/11/2025	Z00	3	EXAMEN DEL	R07	4	DOLOR EN EL
07/11/2025	Z00	8	OTROS EXAMI	H54	3	DISMINUCION
07/11/2025	Z00	8	OTROS EXAMI	E78	5	HIPERLIPIDEM
31/10/2025	J03	9	AMIGDALITIS			
07/11/2025	Z00	3	EXAMEN DEL			
31/10/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	S31	1	HERIDA DE LA
05/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
31/10/2025	Z10	8	OTROS CONTF			
31/10/2025	Z10	8	OTROS CONTF			
05/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
05/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
31/10/2025	Z10	8	OTROS CONTF			
31/10/2025	E14	9	DIABETES MEI	Z10	8	OTROS CONTF
05/11/2025	Z10	8	OTROS CONTF	I10	X	HIPERTENSIOI
04/11/2025	E78	5	HIPERLIPIDEM	R10	2	DOLOR PELVIC
05/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	H40	1	GLAUCOMA P
05/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	I48	X	FIBRILACION Y
01/11/2025	Z32	0	EMBARAZO (A			
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	M17	9	GONARTROSIS
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI			
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	L30	9	DERMATITIS, I
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E10	9	DIABETES MEI
05/11/2025	F41	2	TRASTORNO M			
05/11/2025	Z10	8	OTROS CONTF			
05/11/2025	Z10	8	OTROS CONTF	I10	X	HIPERTENSIOI

01/11/2025	K29	7	GASTRITIS, NC			
05/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
01/11/2025	E28	2	SINDROME DE			
05/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E11	9	DIABETES MEI
01/11/2025	R10	3	DOLOR LOCAL			
05/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI			
05/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E10	2	DIABETES MEI
05/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	F32	9	EPISODIO DEP
06/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI			
05/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	M25	5	DOLOR EN AR
06/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E14	9	DIABETES MEI
05/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI			
06/11/2025	K46	9	HERNIA ABDO	K40	9	HERNIA INGUI
05/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI			
06/11/2025	M75	1	SINDROME DE	N85	9	TRASTORNO N
06/11/2025	N39	0	INFECCION DE	Z10	8	OTROS CONTF
01/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E03	9	HIPOTIROIDIS
07/11/2025	E11	9	DIABETES MEI			
05/11/2025	Z10	8	OTROS CONTF	I10	X	HIPERTENSIOI
07/11/2025	N39	0	INFECCION DE			
06/11/2025	G40	9	EPILEPSIA, TIP			
04/11/2025	M54	5	LUMBAGO NC			
06/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
06/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI			
06/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI			
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
01/11/2025	H65	1	OTRA OTITIS M			
01/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E03	9	HIPOTIROIDIS
05/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E35	0	*-TRASTORNC
05/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	G20	X	ENFERMEDAD
05/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI			
05/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
06/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
06/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
05/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
06/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	I48	X	FIBRILACION Y
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	G47	0	TRASTORNOS
05/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
05/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI			
05/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	R53	X	MALESTAR Y F
02/11/2025	M94	0	SINDROME DE			
02/11/2025	N40	X	HIPERPLASIA I			
02/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM

03/11/2025	J03	9	AMIGDALITIS			
03/11/2025	T74	2	ABUSO SEXUA			
03/11/2025	T74	2	ABUSO SEXUA			
06/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	N40	X	HIPERPLASIA I
06/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E10	9	DIABETES MEI
06/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E11	9	DIABETES MEI
04/11/2025	Z00	1	CONTROL DE S			
06/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
06/11/2025	F41	2	TRASTORNO M			
06/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
04/11/2025	K12	2	CELULITIS Y AI			
04/11/2025	Z10	8	OTROS CONTF	M25	5	DOLOR EN AR
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
06/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	J44	9	ENFERMEDAD
04/11/2025	K92	2	HEMORRAGIA	E78	5	HIPERLIPIDEM
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
06/11/2025	M25	5	DOLOR EN AR	M89	9	TRASTORNO D
06/11/2025	E14	9	DIABETES MEI			
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
07/11/2025	E03	9	HIPOTIROIDIS	M54	9	DORSALGIA, N
06/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
08/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
05/11/2025	F41	2	TRASTORNO M			
04/11/2025	M25	5	DOLOR EN AR			
07/11/2025	S01	2	HERIDA DE LA	L85	3	XEROSIS DEL C
06/11/2025	N40	X	HIPERPLASIA I			
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
04/11/2025	Z00	2	EXAMEN DUR	F90	0	PERTURBACIC
05/11/2025	J34	3	HIPERTROFIA	J34	2	DESVIACION D
04/11/2025	M21	4	PIE PLANO [PE			
06/11/2025	Z00	1	CONTROL DE S			
04/11/2025	K80	8	OTRAS COLELI			
08/11/2025	K59	0	CONSTIPACIO	I84	9	HEMORROIDE
08/11/2025	L98	9	TRASTORNO D			
08/11/2025	Z10	8	OTROS CONTF	Z13	1	EXAMEN DE P
04/11/2025	A09	X	DIARREA Y GA			
07/11/2025	G30	9	ENFERMEDAD	L85	3	XEROSIS DEL C
07/11/2025	Z10	8	OTROS CONTF	D53	9	ANEMIA NUTF
07/11/2025	Z10	8	OTROS CONTF	N48	9	TRASTORNO D
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E14	9	DIABETES MEI
08/11/2025	Z00	1	CONTROL DE S			
08/11/2025	I87	2	INSUFICIENCIA	K58	0	SINDROME DE
07/11/2025	E78	0	HIPERCOLESTI	J44	9	ENFERMEDAD
06/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			

06/11/2025	Z30	4	SUPERVISION			
04/11/2025	B37	3	†-CANDIDIASI	I45	1	OTROS TIPOS
08/11/2025	Z30	4	SUPERVISION			
07/11/2025	M15	9	POLIARTROSIS	F71	8	RETRASO MEN
04/11/2025	H02	9	TRASTORNOS			
04/11/2025	N76	0	VAGINITIS AG			
06/11/2025	Z10	8	OTROS CONTR	R41	3	OTRA AMNESI
08/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
07/11/2025	J44	9	ENFERMEDAD	R06	0	DISNEA
08/11/2025	R55	X	SINCOPE Y CO	I45	1	OTROS TIPOS
05/11/2025	N39	0	INFECCION DE	M79	1	MIALGIA
08/11/2025	R07	4	DOLOR EN EL	I44	7	BLOQUEO DE
09/11/2025	Z00	1	CONTROL DE S	R10	4	OTROS DOLOR
08/11/2025	Z30	4	SUPERVISION			
08/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
04/11/2025	K58	0	SINDROME DE	R10	4	OTROS DOLOR
06/11/2025	I82	9	EMBOLIA Y TR			
06/11/2025	M68	8	*-OTROS TRAS	Q99	9	ANOMALIA CR
10/11/2025	E78	5	HIPERLIPIDEM			
07/11/2025	N93	0	HEMORRAGIA	L08	9	INFECCION LO
09/11/2025	N92	6	MENSTRUACI			
08/11/2025	N93	9	HEMORRAGIA			
05/11/2025	F93	9	TRASTORNO E			
09/11/2025	N40	X	HIPERPLASIA I			
09/11/2025	S02	8	FRACTURA DE	S62	8	FRACTURA DE
06/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E03	9	HIPOTIROIDIS
04/11/2025	G43	1	MIGRAÑA CO			
06/11/2025	Z30	4	SUPERVISION			
06/11/2025	Z30	4	SUPERVISION			
09/11/2025	E78	5	HIPERLIPIDEM	M54	4	LUMBAGO CO
08/11/2025	Z30	0	CONSEJO Y AS			
05/11/2025	Z63	5	PROBLEMAS F			
06/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
07/11/2025	Z30	4	SUPERVISION			
07/11/2025	Z30	4	SUPERVISION			
07/11/2025	Z30	4	SUPERVISION			
07/11/2025	Z00	1	CONTROL DE S			
05/11/2025	M25	5	DOLOR EN AR	M22	4	CONDROMAL
04/11/2025	Z00	1	CONTROL DE S			
04/11/2025	Z00	2	EXAMEN DUR			
06/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E11	9	DIABETES MEI
06/11/2025	L30	9	DERMATITIS, I			
05/11/2025	J00	X	RINOFARINGI			
06/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
06/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E11	9	DIABETES MEI
06/11/2025	J44	9	ENFERMEDAD	N40	X	HIPERPLASIA I
06/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM

08/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
08/11/2025	E78	5	HIPERLIPIDEM	N39	0	INFECCION DE
10/11/2025	M54	5	LUMBAGO NC	M25	5	DOLOR EN AR
11/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	I48	X	FIBRILACION Y
06/11/2025	Z30	4	SUPERVISION			
05/11/2025	A09	X	DIARREA Y GA	R10	4	OTROS DOLOF
06/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	I25	5	CARDIOMIOP/
11/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI			
06/11/2025	F41	2	TRASTORNO M			
07/11/2025	N93	9	HEMORRAGIA	N94	6	DISMENORRE/
10/11/2025	R10	3	DOLOR LOCAL			
10/11/2025	G25	0	TEMBLOR ESE	R23	4	CAMBIOS EN I
11/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E03	9	HIPOTIROIDIS
08/11/2025	Z30	4	SUPERVISION			
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
06/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	5	HIPERLIPIDEM
11/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E11	9	DIABETES MEI
10/11/2025	E11	9	DIABETES MEI	E78	5	HIPERLIPIDEM
08/11/2025	Z10	8	OTROS CONTF	M25	5	DOLOR EN AR
09/11/2025	E78	5	HIPERLIPIDEM	I70	0	ATEROSCLERC
10/11/2025	Z71	9	CONSULTA, N	R51	X	CEFALEA
09/11/2025	H58	8	*-OTROS TRA	H52	4	PRESBICIA
06/11/2025	Z50	4	PSICOTERAPIA			
05/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
05/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
05/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
07/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
05/11/2025	Z98	8	OTROS ESTAD			
05/11/2025	J45	9	ASMA, NO ESI			
05/11/2025	K42	9	HERNIA UMBI			
05/11/2025	E66	9	OBESIDAD, NC			
05/11/2025	Z70	9	CONSULTA SE			
05/11/2025	R51	X	CEFALEA			
05/11/2025	Z00	1	CONTROL DE S			
05/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
05/11/2025	Z55	9	PROBLEMA NC	E66	9	OBESIDAD, NC
05/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
05/11/2025	Z55	9	PROBLEMA NC	H53	1	ALTERACIONE
05/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
05/11/2025	Z55	9	PROBLEMA NC			
06/11/2025	F32	1	EPISODIO DEP			
06/11/2025	L97	X	ULCERA DEL M			
11/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	D04	9	CARCINOMA I
07/11/2025	Z30	0	CONSEJO Y AS			
05/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
05/11/2025	B37	3	†-CANDIDIASI			

08/11/2025	K29	7	GASTRITIS, NC	M25	5	DOLOR EN AR
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E11	9	DIABETES MEI
05/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
05/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
07/11/2025	N62	X	HIPERTROFIA	N95	2	VAGINITIS ATI
07/11/2025	N63	X	MASA NO ESP			
10/11/2025	J31	0	RINITIS CRONI	M54	5	LUMBAGO NC
10/11/2025	M54	5	LUMBAGO NC	N40	X	HIPERPLASIA I
06/11/2025	Z60	1	PROBLEMAS F			
11/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	I87	2	INSUFICIENCIA
07/11/2025	Z35	8	SUPERVISION	D25	9	LEIOMIOMA D
09/11/2025	R53	X	MALESTAR Y F			
10/11/2025	Z10	8	OTROS CONTI	N40	X	HIPERPLASIA I
08/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
07/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
05/11/2025	Z55	9	PROBLEMA N(			
05/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI			
05/11/2025	M75	5	BURSITIS DEL			
05/11/2025	Z55	9	PROBLEMA N(			
05/11/2025	F41	9	TRASTORNO D			
05/11/2025	F41	2	TRASTORNO M			
05/11/2025	H92	0	OTALGIA	R07	4	DOLOR EN EL
05/11/2025	K59	0	CONSTIPACIO			
06/11/2025	Z12	3	EXAMEN DE P			
06/11/2025	Z12	3	EXAMEN DE P			
06/11/2025	Z00	1	CONTROL DE S			
06/11/2025	Z00	1	CONTROL DE S			
06/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	I69	4	SECUELAS DE
06/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
06/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
06/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
06/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
06/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
06/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
06/11/2025	E78	5	HIPERLIPIDEM			
06/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
06/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
06/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
06/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
07/11/2025	M51	1	TRASTORNO D			
06/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
06/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
11/11/2025	L80	X	VITILIGO			
11/11/2025	Z00	8	OTROS EXAMI	N77	1	*-VAGINITIS, \
11/11/2025	N77	1	*-VAGINITIS, \			
11/11/2025	Z00	3	EXAMEN DEL	Z11	4	EXAMEN DE P
11/11/2025	Z00	8	OTROS EXAMI	Z12	5	EXAMEN DE P

05/11/2025	Z55	9	PROBLEMA N(	Z12	4	EXAMEN DE P
05/11/2025	Z55	9	PROBLEMA N(	Z12	4	EXAMEN DE P
05/11/2025	Z30	0	CONSEJO Y AS			
05/11/2025	Z55	9	PROBLEMA N(			
05/11/2025	Z55	9	PROBLEMA N(			
05/11/2025	Z55	9	PROBLEMA N(			
06/11/2025	Z00	3	EXAMEN DEL	R10	4	OTROS DOLOF
05/11/2025	Z55	9	PROBLEMA N(	Z12	4	EXAMEN DE P
05/11/2025	Z55	9	PROBLEMA N(			
05/11/2025	Z00	2	EXAMEN DUR			
05/11/2025	Z55	9	PROBLEMA N(			
05/11/2025	Z55	9	PROBLEMA N(			
06/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
05/11/2025	Z55	9	PROBLEMA N(			
05/11/2025	Z55	9	PROBLEMA N(	Z12	3	EXAMEN DE P
05/11/2025	Z55	9	PROBLEMA N(			
05/11/2025	Z00	2	EXAMEN DUR			
05/11/2025	Z00	2	EXAMEN DUR			
05/11/2025	Z00	2	EXAMEN DUR			
05/11/2025	Z00	2	EXAMEN DUR			
06/11/2025	H93	9	TRASTORNO D			
06/11/2025	Z10	8	OTROS CONTF			
06/11/2025	Z00	1	CONTROL DE S			
05/11/2025	F70	0	RETRASO MEN	R41	8	OTROS SINTO
06/11/2025	Z10	8	OTROS CONTF			
06/11/2025	Z00	1	CONTROL DE S			
05/11/2025	Z56	3	PROBLEMAS F			
05/11/2025	E03	1	HIPOTIROIDIS			
06/11/2025	Z00	1	CONTROL DE S			
05/11/2025	Z63	8	OTROS PROBL			
11/11/2025	G47	0	TRASTORNOS	Z72	1	PROBLEMAS F
06/11/2025	Z10	8	OTROS CONTF	N94	6	DISMENORRE/
05/11/2025	G43	0	MIGRAÑA SIN			
09/11/2025	E66	9	OBESIDAD, NC			
08/11/2025	J34	2	DESVIACION D	R07	4	DOLOR EN EL
07/11/2025	N39	0	INFECCION DE	H61	2	CERUMEN IMI
06/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI			
11/11/2025	E11	9	DIABETES MEI	I10	X	HIPERTENSIOI
07/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
06/11/2025	Z10	3	CONTROL GEN	N92	6	MENSTRUACI(
06/11/2025	Z10	8	OTROS CONTF	E78	5	HIPERLIPIDEM
06/11/2025	D05	9	CARCINOMA I			
06/11/2025	J44	9	ENFERMEDAD	K29	7	GASTRITIS, NC
11/11/2025	D17	7	TUMOR BENI(	K29	7	GASTRITIS, NC
11/11/2025	R10	2	DOLOR PELVI(	M54	5	LUMBAGO NC
06/11/2025	M25	5	DOLOR EN AR	M54	5	LUMBAGO NC
06/11/2025	Z00	1	CONTROL DE S			

06/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
06/11/2025	F98	8	OTROS TRAST			
06/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
06/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
11/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	D48	5	TUMOR DE CC
11/11/2025	F70	0	RETRASO MEI	H54	7	DISMINUCION
06/11/2025	Z10	8	OTROS CONTF			
06/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
06/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
06/11/2025	Z00	3	EXAMEN DEL			
06/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
06/11/2025	Z50	4	PSICOTERAPIA			
11/11/2025	E10	9	DIABETES MEI	J44	9	ENFERMEDAD
06/11/2025	R52	1	DOLOR CRONI			
11/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E10	9	DIABETES MEI
11/11/2025	E10	9	DIABETES MEI	E07	9	TRASTORNO D
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	I87	2	INSUFICIENCIA
06/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
07/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
06/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
06/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	J44	9	ENFERMEDAD
06/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
11/11/2025	Z11	4	EXAMEN DE P	N77	1	*-VAGINITIS, V
11/11/2025	K62	8	OTRAS ENFER			
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	I50	9	INSUFICIENCIA
11/11/2025	M68	8	*-OTROS TRAS			
07/11/2025	E03	9	HIPOTIROIDIS	E78	5	HIPERLIPIDEM
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	I50	9	INSUFICIENCIA
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI			
07/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	N77	1	*-VAGINITIS, V
06/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	R32	X	INCONTINENC
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	K29	7	GASTRITIS, NC
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	I87	2	INSUFICIENCIA
06/11/2025	Z30	0	CONSEJO Y AS			
07/11/2025	Z00	8	OTROS EXAMI	G53	0	*-NEURALGIA
08/11/2025	Z30	4	SUPERVISION			
07/11/2025	N40	X	HIPERPLASIA I	F41	9	TRASTORNO D
07/11/2025	J39	8	OTRAS ENFER			
07/11/2025	Z12	3	EXAMEN DE P			
06/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
06/11/2025	Z30	4	SUPERVISION			
06/11/2025	Z30	4	SUPERVISION			
06/11/2025	K29	7	GASTRITIS, NC	S92	9	FRACTURA DE
07/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			

06/11/2025	H81	2	NEURONITIS \	I10	X	HIPERTENSIOI
06/11/2025	N39	0	INFECCION DE			
10/11/2025	M25	5	DOLOR EN AR	B35	0	TIÑA DE LA BA
11/11/2025	E78	0	HIPERCOLESTI	E11	9	DIABETES MEI
11/11/2025	F31	9	TRASTORNO A	I10	X	HIPERTENSIOI
07/11/2025	J00	X	RINOFARINGI	M79	6	DOLOR EN MI
09/11/2025	Z01	4	EXAMEN GINE			
09/11/2025	Z00	3	EXAMEN DEL	N92	0	MENSTRUACI(
11/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E10	9	DIABETES MEI
07/11/2025	K58	9	SINDROME DE			
07/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
07/11/2025	Z30	0	CONSEJO Y AS			
07/11/2025	Z30	0	CONSEJO Y AS			
07/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
07/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
07/11/2025	T78	4	ALERGIA NO E			
10/11/2025	J30	4	RINITIS ALERG			
07/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
11/11/2025	E10	9	DIABETES MEI			
07/11/2025	Z30	4	SUPERVISION			
11/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI			
07/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
11/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	0	HIPERCOLESTI
11/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E03	9	HIPOTIROIDIS
07/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
11/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	0	HIPERCOLESTI
11/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI			
08/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
11/11/2025	Z10	8	OTROS CONTF	I10	X	HIPERTENSIOI
11/11/2025	E03	9	HIPOTIROIDIS	I10	X	HIPERTENSIOI
11/11/2025	E11	9	DIABETES MEI			
11/11/2025	E03	9	HIPOTIROIDIS	I10	X	HIPERTENSIOI
11/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E10	9	DIABETES MEI
11/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E78	0	HIPERCOLESTI
07/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	E66	9	OBESIDAD, NO
11/11/2025	E10	9	DIABETES MEI			
11/11/2025	I48	X	FIBRILACION \	E78	5	HIPERLIPIDEM
11/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI			
07/11/2025	Z30	4	SUPERVISION			
11/11/2025	R07	4	DOLOR EN EL			
07/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
07/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
07/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
07/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
07/11/2025	Z30	4	SUPERVISION			
07/11/2025	Z10	8	OTROS CONTF			
07/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			

07/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
07/11/2025	Z10	8	OTROS CONTF			
07/11/2025	M25	5	DOLOR EN AR	S80	0	CONTUSION D
07/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
07/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
07/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
07/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
08/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
08/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
08/11/2025	G43	9	MIGRAÑA, NC	Z10	8	OTROS CONTF
08/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
08/11/2025	I47	2	TAQUICARDIA	R06	0	DISNEA
08/11/2025	R51	X	CEFALEA			
08/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
08/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
08/11/2025	H53	9	ALTERACION \	H10	3	CONJUNTIVITI
08/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
08/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
08/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
08/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
08/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
08/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
08/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
08/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
08/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
08/11/2025	Z12	4	EXAMEN DE P			
08/11/2025	C00	8	LESION DE SIT	Z10	8	OTROS CONTF
08/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
08/11/2025	H61	2	CERUMEN IMI			
09/11/2025	R10	4	OTROS DOLOF			
09/11/2025	R10	3	DOLOR LOCAL	G58	0	NEUROPATIA
10/11/2025	N39	0	INFECCION DE			
10/11/2025	E78	5	HIPERLIPIDEM	R10	4	OTROS DOLOF
10/11/2025	B86	X	ESCABIOSIS			
10/11/2025	M79	6	DOLOR EN MI	E11	9	DIABETES MEI
10/11/2025	N93	9	HEMORRAGIA			
11/11/2025	W10	0	CAIDA EN O D	M54	5	LUMBAGO NC
10/11/2025	M79	6	DOLOR EN MI	K29	7	GASTRITIS, NC
11/11/2025	R53	X	MALESTAR Y F	I10	X	HIPERTENSIOI
11/11/2025	R53	X	MALESTAR Y F	J00	X	RINOFARINGI
10/11/2025	R10	4	OTROS DOLOF			
10/11/2025	K29	7	GASTRITIS, NC			
10/11/2025	R53	X	MALESTAR Y F	R42	X	MAREO Y DES
11/11/2025	M62	4	CONTRACTUR	M51	9	TRASTORNOS
11/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	I25	5	CARDIOMIOP/
11/11/2025	N63	X	MASA NO ESP	R92	X	HALLAZGOS A
11/11/2025	I10	X	HIPERTENSIOI	R63	1	POLIDIPSIA

11/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
11/11/2025	R10	3	DOLOR LOCAL	K58	9	SINDROME DE
11/11/2025	J00	X	RINOFARINGI			
11/11/2025	R10	4	OTROS DOLOI			
11/11/2025	H81	3	OTROS VERTI			
11/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
11/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
11/11/2025	Z25	8	NECESIDAD DI			
11/11/2025	R10	3	DOLOR LOCAL	H81	3	OTROS VERTI
11/11/2025	J00	X	RINOFARINGI			

CapDxRel2	CodDxRel2	Diagnostico2	CapDxRel3	CodDxRel3	Diagnostico3	DesTipoHistoria
						Historia Clinic
E66	9	OBESIDAD, NC				Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
N94	6	DISMENORRE				Historia Clinic
E78	0	HIPERCOLESTI				Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Hc_Control_P
						Hc_Control_P
						Hc_Control_P
						Hc_Control_P
						Hc_Control_P
						Hc_Control_P
E78	0	HIPERCOLESTI				Historia Clinic
J44	9	ENFERMEDAD	B37	3	†-CANDIDIASI	Historia Clinic
						H.C. PEDIATRI
						H.C. PEDIATRI
						H.C. PEDIATRI
						Historia Clinic
M54	5	LUMBAGO NC				H.C. PEDIATRI
						H.C. PEDIATRI
						H.C. PEDIATRI
						H.C. PEDIATRI
						H.C. PEDIATRI
						HC Psicologia
						Hc_Control_P
						Hc_Control_P
						H.C. Control y
						H.C. Control y
						H.C. PEDIATRI
						Vacunacion N
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						HC Psicologia
						Historia Clinic
Z10	8	OTROS CONTF	H54	7	DISMINUCION	Historia Clinic
Z00	3	EXAMEN DEL				Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
M25	5	DOLOR EN AR	N64	9	TRASTORNO D	Historia Clinic
						Historia Clinic
						H.C CLINICA D

			H.C CLINICA D
			H.C CLINICA D
			H.C CLINICA D
			Historia Clinic
			H.C CLINICA D
			H.C CLINICA D
			H.C CLINICA D
			H.C CLINICA D
			H.C CLINICA D
			Historia Clinic
			H.C CLINICA D
			H.C CLINICA D
			H.C. PEDIATRI
			H.C CLINICA D
			H.C CLINICA D
			Historia Clinic
			H.C CLINICA D
			H.C CLINICA D
			H.C CLINICA D
			H.C CLINICA D
			HC Psicologia
			HC Psicologia
			HC Psicologia
			HC Psicologia
			H.C. PEDIATRI
			Historia Clinic
			H.C. PEDIATRI
			H.C. PEDIATRI
			Historia Clinic
			H.C. PEDIATRI
			H.C. PEDIATRI
			H.C. PEDIATRI
			H.C. PEDIATRI
			Historia Clinic
			H.C. PEDIATRI
			Historia Clinic
H81	3	OTROS VERTIC	Historia Clinic
			H.C. PEDIATRI
			Historia Clinic
			H.C. PEDIATRI
			Historia Clinic
			H.C. PEDIATRI
			H.C. PEDIATRI
			H.C. PEDIATRI
			Historia Clinic
			H.C. PEDIATRI
			H.C. PEDIATRI

						H.C. PEDIATRI
						H.C. PEDIATRI
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						H.C. Control y
						H.C. Control y
E11	9	DIABETES MEI				H.C. Control y
						Historia Clinic
						H.C. Control y
						H.C. Control y
						H.C. Control y
J44	9	ENFERMEDAD				H.C. Control y
E78	5	HIPERLIPIDEM				H.C. Control y
I50	9	INSUFICIENCIA	E78	5	HIPERLIPIDEM	H.C. Control y
E10	9	DIABETES MEI	I48	X	FIBRILACION Y	H.C. Control y
E03	9	HIPOTIROIDIS	K29	7	GASTRITIS, NC	H.C. Control y
N40	X	HIPERPLASIA I	E78	5	HIPERLIPIDEM	H.C. Control y
E11	9	DIABETES MEI				H.C. Control y
						H.C. Control y
						H.C. Control y
E03	9	HIPOTIROIDIS				H.C. Control y
K29	7	GASTRITIS, NC				H.C. Control y
Z11	4	EXAMEN DE P				Historia Clinic
						Historia Clinic
Z12	5	EXAMEN DE P	D22	9	NEVO MELAN	Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
E03	9	HIPOTIROIDIS	J44	9	ENFERMEDAD	Historia Clinic
J44	9	ENFERMEDAD	K29	7	GASTRITIS, NC	H.C. Control y
						Historia Clinic
						Historia Clinic
N40	X	HIPERPLASIA I				H.C. Control y
E11	9	DIABETES MEI				H.C. Control y
						Historia Clinic
						Historia Clinic
H53	8	OTRAS ALTERA				Historia Clinic
R10	4	OTROS DOLOF				Historia Clinic
J44	9	ENFERMEDAD	E03	9	HIPOTIROIDIS	H.C. Control y
E11	9	DIABETES MEI	H91	9	HIPOACUSIA,	H.C. Control y
						Historia Clinic
						H.C. Control y
						H.C. Control y
						H.C. Control y
						H.C. Control y
						Hc_Control_P
						Historia Clinic
						Historia Clinic

						Historia Clinic
M19	9	ARTROSIS, NO				H.C. Control y
						Historia Clinic
E03	9	HIPOTIROIDIS	J00	X	RINOFARINGI	H.C. Control y
						Historia Clinic
K29	7	GASTRITIS, NC				H.C. Control y
						H.C. Control y
I49	9	ARRITMIA CAI	E78	5	HIPERLIPIDEM	H.C. Control y
G47	0	TRASTORNOS				H.C. Control y
						H.C. Control y
						Historia Clinic
E78	5	HIPERLIPIDEM	M79	6	DOLOR EN MI	H.C. Control y
						H.C. Control y
						Historia Clinic
						H.C. Control y
						Historia Clinic
Z13	1	EXAMEN DE P				Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
N87	0	DISPLASIA CEI	J31	0	RINITIS CRONI	Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
K29	7	GASTRITIS, NC				H.C. Control y
E10	9	DIABETES MEI	N40	X	HIPERPLASIA I	H.C. Control y
						H.C. Control y
						H.C. Control y
N40	X	HIPERPLASIA I	N19	X	INSUFICIENCIA	H.C. Control y
M79	6	DOLOR EN MI				H.C. Control y
						Historia Clinic
						Historia Clinic
M25	5	DOLOR EN AR				H.C. Control y
N40	X	HIPERPLASIA I				H.C. Control y
						H.C. Control y
E03	9	HIPOTIROIDIS	E66	9	OBESIDAD, NC	H.C. Control y
I69	3	SECUELAS DE	E03	9	HIPOTIROIDIS	H.C. Control y
						H.C. Control y
E66	9	OBESIDAD, NC				H.C. Control y
						H.C. Control y
						H.C. Control y
M19	9	ARTROSIS, NO				H.C. Control y
M19	9	ARTROSIS, NO				H.C. Control y
						H.C. Control y
						H.C. Control y
						Historia Clinic
						Historia Clinic
M19	9	ARTROSIS, NO	I87	2	INSUFICIENCIA	Historia Clinic

						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
K29	7	GASTRITIS, NC				H.C. Control y
						H.C. Control y
E78	5	HIPERLIPIDEM				H.C. Control y
						H.C. PEDIATRI
E03	9	HIPOTIROIDIS	J34	8	OTROS TRAST	H.C. Control y
						Hc_Control_P
J34	3	HIPERTROFIA				H.C. Control y
						Historia Clinic
						Historia Clinic
E10	9	DIABETES MEI	I50	9	INSUFICIENCIA	H.C. Control y
R52	2	OTRO DOLOR				Historia Clinic
						Historia Clinic
						H.C. Control y
N40	X	HIPERPLASIA I				H.C. Control y
Z10	8	OTROS CONTF				Historia Clinic
						Historia Clinic
E10	9	DIABETES MEI				H.C. Control y
J44	9	ENFERMEDAD	E11	9	DIABETES MEI	H.C. Control y
H91	9	HIPOACUSIA,				Historia Clinic
N40	X	HIPERPLASIA I				H.C. Control y
						Citologias
						Hc_Control_P
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
M10	9	GOTA, NO ESF	E66	9	OBESIDAD, NC	H.C. Control y
E03	9	HIPOTIROIDIS	E66	9	OBESIDAD, NC	H.C. Control y
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						H.C. PEDIATRI
						Control Prime
						Historia Clinic
N48	9	TRASTORNO I				Historia Clinic
						Historia Clinic
Z13	6	EXAMEN DE P	H54	7	DISMINUCION	Historia Clinic
						Historia Clinic
R10	4	OTROS DOLOF				Historia Clinic
E78	0	HIPERCOLESTI				Historia Clinic
						Historia Clinic
H61	2	CERUMEN IMI				H.C. Control y
						Control Prime
						Historia Clinic
N40	X	HIPERPLASIA I				Historia Clinic
						Citologias

						C Atencion Pla
						Historia Clinic
						C Atencion Pla
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Citologias
						Historia Clinic
						Historia Clinic
M15	9	POLIARTROSIS				Historia Clinic
F41	2	TRASTORNO M	N39	0	INFECCION DE	Historia Clinic
						Historia Clinic
						C Atencion Pla
						Citologias
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Hc_Control_P
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						H.C. Control y
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						C Atencion Pla
H40	9	GLAUCOMA, M	I10	X	HIPERTENSIOI	Historia Clinic
						1 Atencion Pla
						HC Psicologia
						Historia Clinic
						C Atencion Pla
						Historia Clinic
						C Atencion Pla
						Control Prime
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
E78	5	HIPERLIPIDEM	E66	9	OBESIDAD, NO	H.C. Control y
						Historia Clinic
						Historia Clinic
E11	9	DIABETES MEI				H.C. Control y
E78	5	HIPERLIPIDEM	R32	X	INCONTINENC	H.C. Control y
						H.C. Control y
E11	9	DIABETES MEI				H.C. Control y

						Historia Clinic
M25	5	DOLOR EN AR				Historia Clinic
K29	7	GASTRITIS, NC				Historia Clinic
E78	5	HIPERLIPIDEM	J44	9	ENFERMEDAD	H.C. Control y
						C Atencion Pla
						Historia Clinic
E78	5	HIPERLIPIDEM	N40	X	HIPERPLASIA I	H.C. Control y
						H.C. Control y
						Hc_Control_P
						Historia Clinic
						Historia Clinic
M54	5	LUMBAGO NC	M25	5	DOLOR EN AR	Historia Clinic
E10	9	DIABETES MEI	J44	9	ENFERMEDAD	H.C. Control y
						C Atencion Pla
K29	7	GASTRITIS, NC	K58	0	SINDROME DE	H.C. Control y
E03	9	HIPOTIROIDIS				H.C. Control y
E14	9	DIABETES MEI				H.C. Control y
						H.C. Control y
						Historia Clinic
I84	9	HEMORROIDE				Historia Clinic
Q34	0	ANOMALIA DE				Historia Clinic
						Historia Clinic
I87	2	INSUFICIENCIA				Historia Clinic
						Hc_Control_P
						Vacunacion N
						Vacunacion A
						Vacunacion N
						Citologias
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Primera Vez F
						Vacunacion N
						Historia Clinic
						Vacunacion N
						Historia Clinic
						Vacunacion A
						Historia Clinic
						Hc_Control_P
						Historia Clinic
J44	9	ENFERMEDAD				H.C. Control y
						1 Atencion Pla
						Vacunacion A
						Historia Clinic

Z10	8	OTROS CONTF			Historia Clinic
N40	X	HIPERPLASIA I			H.C. Control y
					Vacunacion N
					Vacunacion N
					Historia Clinic
					Historia Clinic
					Historia Clinic
					Historia Clinic
					Hc_Control_P
					H.C. Control y
					Historia Clinic
					Historia Clinic
F00	9	*-DEMENCIA I	I10	X	HIPERTENSIOI Historia Clinic
					Citologias
					Citologias
					Historia Clinic
					Historia Clinic
					Historia Clinic
					Historia Clinic
					Historia Clinic
					Historia Clinic
					Historia Clinic
					Historia Clinic
					H.C CLINICA D
					H.C CLINICA D
					Primera Vez F
					Primera Vez F
K29	7	GASTRITIS, NC			H.C. Control y
					Citologias
					Citologias
					Citologias
					Citologias
					Citologias
					Citologias
					Historia Clinic
					Citologias
					Citologias
					Citologias
					Citologias
					Historia Clinic
					Citologias
					Citologias
					Historia Clinic
					Historia Clinic
					Historia Clinic
					Historia Clinic
					Historia Clinic

						Historia Clinic
						Historia Clinic
						1 Atencion Pla
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Citologias
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Primera Vez F
						Hc_Control_P
						Historia Clinic
						Primera Vez F
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Primera Vez F
						Historia Clinic
						Historia Clinic
R10	4	OTROS DOLOF	M25	5	DOLOR EN AR	Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						H.C. Control y
						Citologias
						Historia Clinic
H53	9	ALTERACION V				Historia Clinic
						Historia Clinic
I84	5	HEMORROIDE				Historia Clinic
						Historia Clinic
M77	3	ESPOLON CAL				Historia Clinic
						Historia Clinic
						Primera Vez F

						Vacunacion A
						HC Psicologia
						Vacunacion A
						Vacunacion A
K63	5	POLIPO DEL C				Historia Clinic
H61	2	CERUMEN IMI	Z12	1	EXAMEN DE P	Historia Clinic
						Historia Clinic
						Vacunacion A
						Vacunacion A
						Historia Clinic
						Vacunacion A
						HC Psicologia
						H.C. Control y
						Historia Clinic
L85	3	XEROSIS DEL C				H.C. Control y
						Historia Clinic
E78	0	HIPERCOLESTI				Historia Clinic
						Citologias
						Citologias
						Vacunacion N
						Vacunacion N
						H.C. Control y
						Vacunacion N
						Historia Clinic
						Historia Clinic
E78	5	HIPERLIPIDEM	N40	X	HIPERPLASIA I	H.C. Control y
						Historia Clinic
I87	2	INSUFICIENCI	K29	7	GASTRITIS, NC	H.C. Control y
F01	9	DEMENCIA VA				H.C. Control y
						H.C. Control y
						Citologias
R10	2	DOLOR PELVIC				H.C. Control y
						Vacunacion A
						H.C. Control y
E78	5	HIPERLIPIDEM	E10	9	DIABETES MEI	H.C. Control y
						H.C. Control y
						1 Atencion Pla
R10	3	DOLOR LOCAL	G47	0	TRASTORNOS	Historia Clinic
						C Atencion Pla
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Vacunacion N
						C Atencion Pla
						C Atencion Pla
M79	6	DOLOR EN MI	H54	7	DISMINUCION	Historia Clinic
						Citologias

Z10	8	OTROS CONTF	F41	2	TRASTORNO M	Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
I10	X	HIPERTENSIOI				H.C. Control y
						H.C. Control y
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
E03	9	HIPOTIROIDIS	R32	X	INCONTINENC	H.C. Control y
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						1 Atencion Pla
						Vacunacion N
						Vacunacion A
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Vacunacion A
						H.C. Control y
						C Atencion Pla
						H.C. Control y
						Vacunacion N
E03	9	HIPOTIROIDIS				H.C. Control y
E78	0	HIPERCOLESTI				H.C. Control y
						Vacunacion N
						H.C. Control y
						H.C. Control y
						Citologias
						Historia Clinic
						H.C. Control y
						H.C. Control y
E78	0	HIPERCOLESTI				H.C. Control y
E78	0	HIPERCOLESTI	M13	0	POLIARTRITIS,	H.C. Control y
J30	4	RINITIS ALERG				H.C. Control y
R10	4	OTROS DOLOF				Historia Clinic
						H.C. Control y
I50	9	INSUFICIENCI/	Z95	0	PRESENCIA DE	H.C. Control y
						H.C. Control y
						C Atencion Pla
						Historia Clinic
						Vacunacion A
						Vacunacion A
						Vacunacion A
						Vacunacion A
						C Atencion Pla
						Historia Clinic
						Vacunacion A

						Vacunacion A
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Vacunacion N
						Vacunacion A
						Vacunacion A
						Citologias
						Citologias
						Citologias
						Historia Clinic
						Vacunacion A
H81	3	OTROS VERTIC	Z10	8	OTROS CONTF	Historia Clinic
						Historia Clinic
						Vacunacion A
						Vacunacion A
						Historia Clinic
						Citologias
						Citologias
						Citologias
						Citologias
						Citologias
						Citologias
						Citologias
						Citologias
						Citologias
						Historia Clinic
						Vacunacion A
						Historia Clinic
						Historia Clinic
M54	1	RADICULOPAT				Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
E11	9	DIABETES MEI				Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
M51	3	OTRAS DEGEN	M51	8	OTROS TRAST	Historia Clinic
N40	X	HIPERPLASIA I	E78	5	HIPERLIPIDEM	H.C. Control y
						Historia Clinic
M54	5	LUMBAGO NC				H.C. Control y

						Vacunacion N
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Historia Clinic
						Vacunacion N
						Vacunacion N
						Vacunacion A
I10	X	HIPERTENSIOI	E03	9	HIPOTIROIDIS	Historia Clinic
						Historia Clinic

DesIng

Consulta Externa
Consulta Externa
Consulta Externa

Consulta Externa
Consulta Externa
Consulta Externa

Consulta Externa
Consulta Externa
Consulta Externa

Consulta Externa
Consulta Externa
Consulta Externa

Consulta Externa
Consulta Externa
Consulta Externa

Consulta Externa
Consulta Externa
Consulta Externa

Consulta Externa
Consulta Externa
Consulta Externa

Consulta Externa
Consulta Externa
Consulta Externa

Consulta Externa
Consulta Externa
Consulta Externa

Consulta Externa
Consulta Externa
Consulta Externa

Consulta Externa
Consulta Externa
Consulta Externa

Consulta Externa
Consulta Externa
Consulta Externa

Consulta Externa
Consulta Externa
Consulta Externa
Consulta Externa
Consulta Externa
Consulta Externa
Consulta Externa
Consulta Externa
Consulta Externa
Consulta Externa

BAI FORMATO 1

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DIRECCION DE VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA

DIAGNÓSTICOS CIEX RELACIONADOS, COMPATIBLES CON ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA

ANEXO 01 A LINEAMIENTOS 2016

Departamento o Distrito: cundinamarca

UNM:

Cabecera municipal/Centro poblado/Barrio-vereda/Localidad o barrio: choachi

UPGD o UI: Hospital san Vicente Paul de Fomeque

Periodo a evaluar: Mes: 31/10/205 al 14/11/2025 Trimestre _____ Año __2025____

Nombre del Responsable de la BAI __Martha Bibiana Rodriguez Leon__ _____ Correo Electrónico: bibianar1983@hotmail.com Telefono : 3152470810

BAI Realizada: Transmisibles:__X___ No transmisibles: _____ Salud bucal:_____ Fuente utilizada: RIPS__x___ EV_____ LABORATORIO_____ Total de RIPS procesados: ___573 Total de RIPS encontrados con Dx relacionados con EISP: _____

No. De Historia clínica	Evento	Diagnóstico CIE X encontrado	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	Tipo Id	Número Id	Edad	Unidad de Medida	Fue posible revisar la historia clínica	Cumple con la definicion de caso del evento	Notificado al Sivigila	Toma de muestra	Fecha de toma de muestra	Resultado	Clasificación del caso	Observaciones
											1: SI - 0: NO	1: SI - 0: NO	1: SI - 0: NO	1: SI - 0: NO				
TOTAL CLAS FIN 6	0	TOTAL CLAS FIN 3, 4 y 5	0	TOTAL CLAS COMPATIBLE		0				TOTALES	0	0	0	0				

NUESTRO SERVICIO ES PENSANDO EN USTED

San Vicente de Paúl
FOMEQUE

Gobernación de Cundinamarca

LA SUBGERERENCIA CIENTIFICA EN CALIDAD DE SUPERVISORA DE LA CONCURRENCIA DE CHAGAS

CERTIFICA QUE:

En los municipios de Fomeque, Choachí y Ubaque, se llevan a cabo las acciones de la concurrencia de CHAGAS, donde se evidencia la actividad de:

"Apoyar la realización de las acciones de vigilancia e investigaciones epidemiológicas de campo"

Durante la ejecución de la primera entrega, no se obtuvo solicitud por parte de la secretaria de Salud de Cundinamarca para la realización de esta actividad.

Dada a los quince (15) días del mes de noviembre 2025.

DANIELA GAMBOA ALMANSA
Coordinadora salud pública HSVPF

MAYRA LUCIA MARTINEZ
Coordinadora concurrencia Chagas

Calle 4 No. 5-00 Teléfonos 8485024, 8485378, 8485379

Nit: 800.174.375-5

Fómeque – Cundinamarca
Email: hfomeque@yahoo.com

Gobernación de Cundinamarca	**PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL**	**Código: E – PID – FR - 004**
		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	**Fecha de Aprobación: 11/09/24**

OBJETIVO DE LA REUNION:	**FECHA:**	**ACTA No.**
Realizar reunión de articulación de los planes de promoción, prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis Departamentales, junto al representante o coordinador PIC de cada municipio asignado, equipo básico territorial (APS) para la gestión de casos especiales identificados relacionados a las ETV-zoonosis de manera mensual.	14/11/2025	

LUGAR:	**HORA INICIO**	**HORA FINALIZACIÓN**
ALCALDÍA MUNICIPAL DE UBAQUE	15:00 PM	16:00 PM

ORDEN DEL DÍA

1. **Apertura de la sesión**

- Saludo e instalación del encuentro.
- Presentación de los objetivos de la reunión.

2. **Espacio de capacitación – Enfermedad de Chagas**

- Revisión del agente causal *Trypanosoma cruzi*.
- Descripción del vector transmisor (Triatoma dimidiata y Rhodnius prolixus).
- Factores de riesgo domiciliarios y ambientales.
- Estrategias preventivas: mejoramiento de vivienda, control químico, educación comunitaria y vigilancia.
- Importancia del tamizaje y diagnóstico temprano, especialmente en mujeres gestantes.
- Sustento normativo: Resolución 3280 de 2018 – Anexo Técnico 2 (Acciones colectivas en salud pública).

3. **Revisión de avances previos**

- Presentación del balance de actividades realizadas en semanas anteriores.
- Socialización de resultados y participación comunitaria en las acciones de control vectorial.

4. **Planeación de encuentros educativos y comunitarios**

- Programación de actividades informativas y de sensibilización sobre ETV y zoonosis.

- Definición de los grupos poblacionales a priorizar (líderes, estudiantes, comunidad general).
- Coordinación con actores territoriales.

5. **Coordinación para la toma y envío de muestras**

- Organización logística para la recolección de muestras biológicas.
- Articulación con las instituciones correspondientes para su envío y análisis.

6. **Vigilancia y seguimiento epidemiológico**

- Revisión de reportes recientes de casos sospechosos o confirmados.
- Identificación de zonas de mayor riesgo.
- Acuerdos para fortalecer la vigilancia activa y acciones de control.

7. **Definición de compromisos y tareas**

- Establecimiento de responsabilidades por parte del equipo PIC y actores comunitarios.
- Tiempos estimados para ejecución.

8. **Cierre del encuentro**

- Conclusiones generales.
- Agradecimientos y finalización de la sesión

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

El encuentro se llevó a cabo en la oficina de la Coordinación del PIC Municipal de Ubaque, con el propósito de revisar, organizar y articular las acciones correspondientes al mes de noviembre del año 2025.

Durante la sesión se abordaron los siguientes temas:

Durante el encuentro se desarrolló un espacio de capacitación en el marco del componente educativo del Programa de Intervenciones Colectivas (PIC), orientado a fortalecer los conocimientos del equipo territorial y de los actores comunitarios frente a la Enfermedad de Chagas, una de las principales Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) de interés en salud pública.

La jornada incluyó una revisión general del agente causal *Trypanosoma cruzi* y del vector transmisor, principalmente las especies *Triatoma dimidiata* y *Rhodnius prolixus*, destacando su biología, hábitos y condiciones ambientales que favorecen su presencia en las zonas rurales del municipio.

Se enfatizó en los factores de riesgo domiciliarios que pueden incrementar la exposición, tales como las paredes con grietas o techos de palma, acumulación de leña y convivencia con animales domésticos dentro del hogar.
Igualmente, se recordaron las principales estrategias de prevención, entre ellas: el mejoramiento de la vivienda rural, el control químico periódico, la educación comunitaria y la participación activa de las familias en la vigilancia del vector.

También se abordó la relevancia del tamizaje y diagnóstico temprano, especialmente en mujeres gestantes y personas residentes en zonas endémicas, como herramienta fundamental para evitar la transmisión congénita y permitir un tratamiento oportuno.

Finalmente, se destacó que todas las acciones de vigilancia, prevención y control de la enfermedad se desarrollan en el marco del **Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas**, respaldado por la **Resolución 3280 de 2018**, (**Anexo Técnico 2)** En este anexo se especifican las **acciones colectivas en salud pública**, dentro de las cuales se encuentran las actividades de **educación, prevención y vigilancia** de enfermedades como **dengue, malaria, leishmaniasis, rabia, leptospirosis y Chagas**, todas clasificadas como **zoonosis o ETV**.

De igual manera se procede a:

1. Planeación de encuentros educativos y comunitarios:
   Se acordó organizar encuentros de tipo informativo y educativo orientados a la prevención de ETV y zoonosis, dirigidos a distintos grupos poblacionales del municipio, promoviendo la participación de líderes comunitarios, estudiantes y actores sociales.
2. Revisión de avances previos:
   Se presentó el balance de las acciones desarrolladas en las semanas anteriores, destacando la buena acogida de las actividades de sensibilización sobre control vectorial y hábitos saludables en los entornos familiares y comunitarios.
3. Coordinación para toma de muestras:
   Se estableció la planificación y logística para la toma y envío de muestras biológicas correspondientes a la vigilancia de ETV y zoonosis.

Vigilancia y seguimiento de casos especiales:
Se realizó la revisión de los reportes para verificar la existencia de casos sospechosos o confirmados relacionados con ETV o zoonosis. Se acordó mantener la vigilancia activa y fortalecer las acciones de control en las zonas identificadas con mayor riesgo.

CONCLUSIONES

La articulación entre el municipio de Ubaque y la E.S.E. Hospital San vicente de paul de fomeque y su centro de salud de Ubaque, permitió fortalecer la coordinación interinstitucional y la planeación conjunta de estrategias para la prevención y control de ETV y zoonosis. Se resalta el compromiso del equipo territorial PIC municipal en la promoción de la salud y la prevención de riesgos ambientales y biológicos.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Coordinar con los actores comunitarios las fechas, lugares y requerimientos logísticos para la ejecución de los encuentros educativos.	Previo a cada actividad	Diana Marcela Herrera
Ejecutar las jornadas de toma de muestras y realizar el respectivo envío al Laboratorio Departamental de Salud Pública de Cundinamarca.	Mes de noviembre	Diana Marcela Herrera
Mantener la reunión de articulación mensual con el coordinador PIC para la revisión de avances y seguimiento de casos especiales.	Mes de noviembre	Diana Marcela Herrera
Consolidar y remitir los informes técnicos al área de Vigilancia en Salud Pública del departamento.	A necesidad	Diana Marcela Herrera

Gobernación de Cundinamarca	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

ASISTENTES:

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
Diego Agudelo Dias	Coord. PIC	ALCALDIA	Diego Agudelo Dias
Marcela Herrera	Aux. Gobierna	HSVP	Marcela Herrera


14 nov 2025 3:35:28 p. m.
45° NE
4-14 Calle 4
Ubaque
Cundinamarca
Altitud:1845.7msnm
Velocidad:0.5km/h
Número de índice: 88

OBJETIVO DE LA REUNION:	FECHA:	ACTA No.
Realizar los procesos de sensibilización a la comunidad previos a las jornadas de tamizaje para la enfermedad de Chagas.	08/11/2025	3

LUGAR:	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
PARQUE PRINCIPAL DEL MUNICIPIO DE UBAQUE	3:00 PM	5:00 PM

Orden del Día

1. Instalación del lugar a realizar la sensibilización
2. Socialización en espacio brindado en el parque principal aprovechando la jornada de vacuanacion en el parque principal
3. Socialización a la población

OBJETIVO DE LA REUNION

Sensibilizar a la comunidad Ubaquense en la Enfermedad de Chagas (Trypanosoma cruzi), sus factores de riesgo, modos de transmisión y medidas preventivas, promoviendo la participación comunitaria y la preparación para las próximas jornadas de tamizaje

Desarrollo de la Sensibilización

La jornada se desarrolló en el parque principal de Ubaque, aprovechando un espacio ofred¿cido durante la jornada de vacunación . Durante la actividad se llevó a cabo una charla participativa orientada a fortalecer el conocimiento y la conciencia frente a esta enfermedad endémica.
Los temas abordados fueron los siguientes:

1. Generalidades de la enfermedad:
   Explicación sobre el agente causal *Trypanosoma cruzi*, su forma de transmisión y el impacto que genera en la salud de las personas y comunidades rurales.
2. Identificación del vector transmisor:
   Descripción del insecto conocido comúnmente como “pito” (*Triatoma dimidiata* y *Rhodnius prolixus*), sus características morfológicas, comportamiento nocturno y lugares donde suele habitar (techos de palma, grietas de las paredes, gallineros o depósitos de leña).
3. Factores de riesgo y entornos vulnerables:
   Se explicó cómo las condiciones estructurales de las viviendas rurales, la presencia de animales domésticos dentro del hogar y la falta de control vectorial favorecen la transmisión.
4. Medidas preventivas y de control:
   - Mejoramiento de la vivienda rural (revoque de paredes, reparación de techos, limpieza de depósitos).
   - Limpieza periódica de los entornos domésticos y eliminación de criaderos.
   - Educación y vigilancia comunitaria para identificar la presencia del vector.
   - Promoción de la participación familiar y comunitaria en las campañas de prevención.
5. Importancia del tamizaje y diagnóstico temprano:
   Se enfatizó la relevancia de participar en las jornadas de toma de muestras programadas para la detección de la enfermedad, especialmente en mujeres gestantes y personas que residen o han residido en zonas rurales endémicas, con el fin de prevenir la transmisión congénita y permitir un tratamiento oportuno.
6. Compromiso comunitario:
   Las participantes manifestaron su disposición para colaborar en la difusión de la

información en sus hogares y comunidades, fortaleciendo las acciones de prevención y control del vector.

Material Educativo y Metodología Utilizada

Durante la sensibilización se empleó material visual y educativo (folletos modelos del vector), así como dinámicas participativas para facilitar la comprensión del tema.
La metodología empleada fue de educación en salud, con enfoque participativo, dialógico y adaptado al contexto rural del municipio.

Normatividad y Enfoque Técnico

Las acciones realizadas se enmarcan en:

- Resolución 3280 de 2018: adopta las Rutas Integrales de Atención en Salud y define las intervenciones colectivas en gestión del riesgo por enfermedades transmisibles.
- Decreto 3518 de 2006: reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA).
- Lineamientos técnicos del Instituto Nacional de Salud (INS): vigilancia y control del *Trypanosoma cruzi*.
- Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031: eje de salud ambiental y enfermedades transmisibles.

Conclusiones

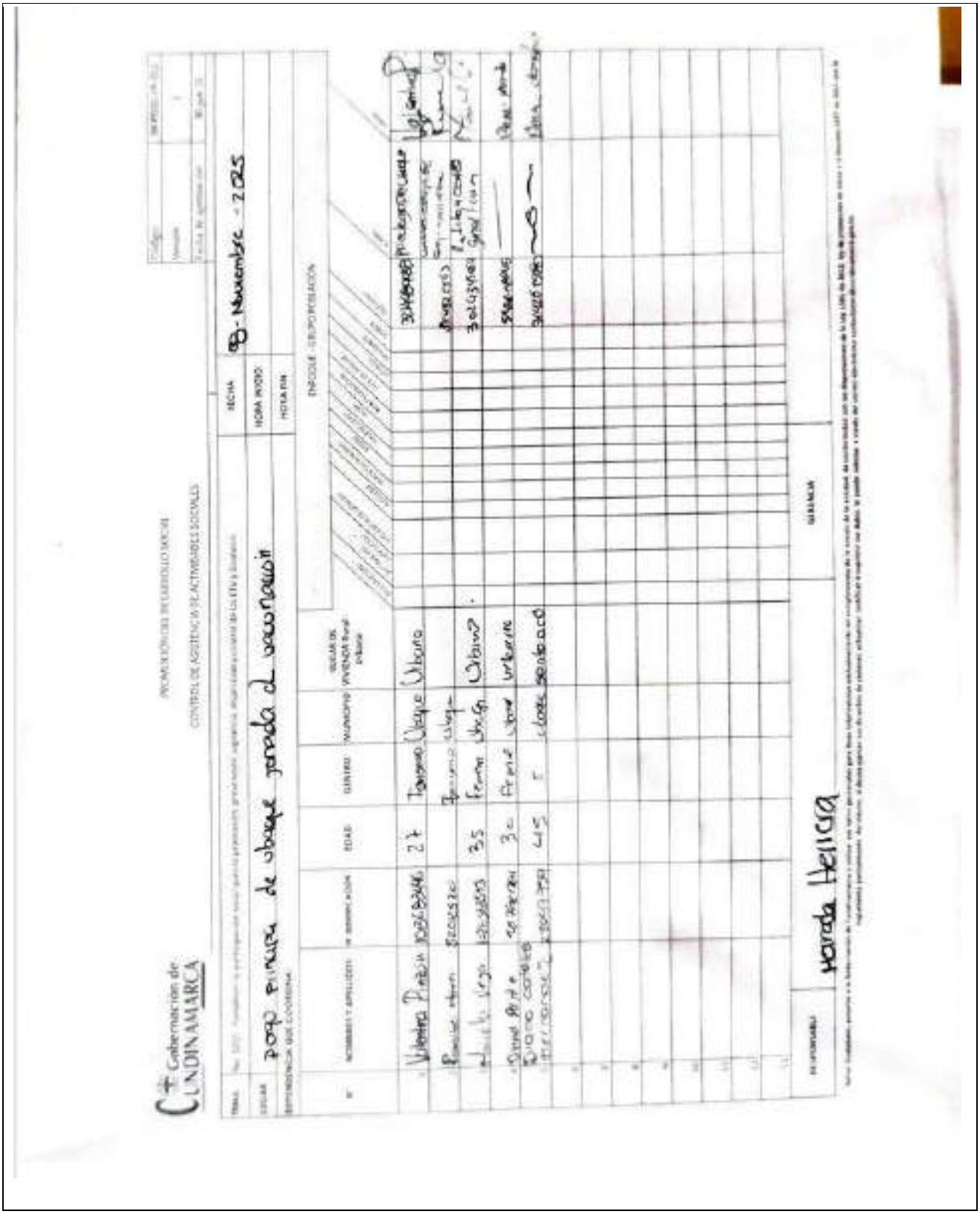
La actividad permitió fortalecer la educación sanitaria de la comunidad, promover la participación social y generar conciencia sobre la importancia de la prevención de la Enfermedad de Chagas. Se logró sensibilizar a las asistentes sobre la relevancia de las próximas jornadas de tamizaje y su papel activo en la vigilancia y el control vectorial en sus hogares.

Compromisos

- Continuar con los espacios de educación comunitaria sobre ETV y zoonosis.
- Garantizar la participación activa en las jornadas de tamizaje programadas.
- Reportar de manera oportuna la presencia de vectores o signos sospechosos de enfermedad.

REGISTRO FOTOGRAFICO


8 nov 2025 3:34:17 p. m.
172° S
Número de índice: 56



Gobernación de Cundinamarca	**PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL**	**Código: E – PID – FR - 004**
		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	**Fecha de Aprobación: 11/09/24**

OBJETIVO DE LA REUNION:	**FECHA:**	**ACTA No.**
Realizar la toma de muestras en su fase preanalítica en la población priorizada para el plan de interrupción de la transmisión intradomiciliaria de Enfermedad de Chagas por Rhodnius prolixus O muestras para identificación de casos de leishmaniasis (en caso de ser requeridas por la supervisión) haciendo uso de vehículo disponible para el desplazamiento a las zonas de influencia, traslado de las muestras según los municipios asignados.	05/11/2025 06/11/2025 07/11/2025 08/11/2025	

LUGAR:	**HORA INICIO**	**HORA FINALIZACIÓN**
MUNICIPIO DE UBAQUE	8:00 PM	16:00 PM

ORDEN DEL DÍA

Siendo las horas establecidas para cada jornada de trabajo, durante los días 5, 6, 7 y 8 de noviembre de 2025, en el municipio de ubaque, se llevó a cabo la toma de muestras de suero para el diagnóstico de la Enfermedad de Chagas, en el marco de las actividades del Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y de acuerdo con los lineamientos de la secretaria de salud.

La actividad estuvo dirigida a la población priorizada, entre estas:

- Niños de 0 a 5 años
- Niños y adolescentes de 5 a 15 años
- Adolescentes de 15 a 18 años
- Adultos mayores de 18 años
- Mujeres en edad fértil (15 a 45 años)
- Mujeres gestantes

El propósito de la actividad es identificar oportunamente casos de infección por *Trypanosoma cruzi* para su respectiva remisión, diagnóstico confirmatorio y manejo oportuno.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Sensibilización e información a la comunidad

Cada usuario recibió información clara y sencilla sobre:

- Qué es la enfermedad de Chagas.
- Formas de transmisión.
- Importancia de la toma de la muestra.
- Beneficios del diagnóstico temprano.
- Revisión de población priorizada.
- Explicación del procedimiento y tiempos de entrega de resultados.

Se reforzó la importancia del autocuidado**,** control vectorial y revisión de viviendas.

Firma del consentimiento informado

A cada participante se le entregó y explicó el consentimiento informado, el cual fue firmado voluntariamente por:

- El adulto participante.
- El padre, madre o acudiente en caso de menores de edad.

Preparación para el procedimiento

- Higiene de manos según protocolo.
- Organización del área de toma de muestra.
- Disposición de elementos necesarios:

o Agujas, tubos al vacío, torundas, alcohol, guantes, tapabocas, gel, recipiente de residuos biológicos.

- Colocación de Elementos de Protección Personal (EPP)**:**

o Guantes
o Tapabocas
o Uniforme

Toma de la muestra

- Verificación de identidad del usuario.
- Acomodación del paciente.
- Asepsia del sitio de punción.
- Obtención de muestra de sangre en tubo debidamente rotulado.
- Verificación del correcto llenado y calidad de la muestra.
- Control de hemostasia posterior.
- Recomendaciones para el cuidado posterior.

Rotulación y registro

Inmediatamente después de la toma:

- Se diligenció el Registro Oficial**,** incluyendo:
  - Datos personales
  - Edad
  - Sexo
  - Vereda
  - Tipo de muestra
  - Número consecutivo
- La información fue verificada
- Se firmó el registro por parte del paciente o acudiente.

Conservación y transporte

- Cada muestra fue ubicada en nevera de conservación, cumpliendo cadena de frío.
- Se aseguró almacenamiento temporal adecuado.
- Se organizó para su debido transporte al Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca (LSPC).

Disposición final de residuos

1. Guantes, torundas, agujas y otros residuos fueron depositados en:
   a. Bolsa roja para residuos biosanitarios.
   b. Guardianes para corto punzantes.
2. Asegurando el cumplimiento de la normatividad vigente.

Entrega de información final

A cada usuario se le indicó:

- Fecha estimada para reclamar resultados.
- Ruta de atención posterior en caso de resultado reactivo.
- Información sobre educación en riesgo vectorial.

4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Total muestras

16 muestras tomadas

Distribución por género

- Femenino: 11
- Masculino: 5

Distribución por rangos de edad

- **0 a 5 años:** 2 niños
- **5 a 15 años:** 6 usuarios
- **15 a 18 años:** 2 usuarios
- **Mayores de 18 años:** 6 usuarios

Mujeres gestantes

- **0 gestantes identificadas en esta jornada**

Veredas participantes:

- Ubaque (casco urbano)
- Guayacendo
- Molino
- Centro
- Luciga
- Pueblo Nuevo
- Santa Ana

CONCLUSIONES

1. La jornada cumplió el objetivo de realizar vigilancia activa para la identificación temprana de casos de Chagas en población priorizada.
2. La participación comunitaria fue positiva y permitió alcanzar un total de 16 muestras**,** representando diferentes rangos de edad y zonas del municipio.
3. La mayoría de la población participante fue de sexo femenino (68%), lo cual es coherente con la alta participación de mujeres en actividades comunitarias de salud.
4. El proceso se desarrolló bajo todas las normas de bioseguridad, asegurando la integridad del usuario y del personal de salud.
5. La cadena de frío y el registro fueron ejecutados adecuadamente, garantizando la validez de las muestras enviadas al LSPC.
6. La comunidad comprendió la importancia del diagnóstico y las rutas posteriores en caso de resultados reactivos.
7. Se fortaleció la educación comunitaria en torno a la enfermedad de Chagas, sus factores de riesgo y la importancia de la prevención dentro del hogar.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Conservación y envió de muestras a salud publica	Cada vez que se tomen muestras	Diana Marcela Herrera

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código: SA-PROG-FR-052
Versión: 2
Fecha de aprobación: 30-jun-23

TEMA: No. 1.111. Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis

LUGAR: TEMA de reunión ubicar

DEPENDENCIA QUE CODORNA

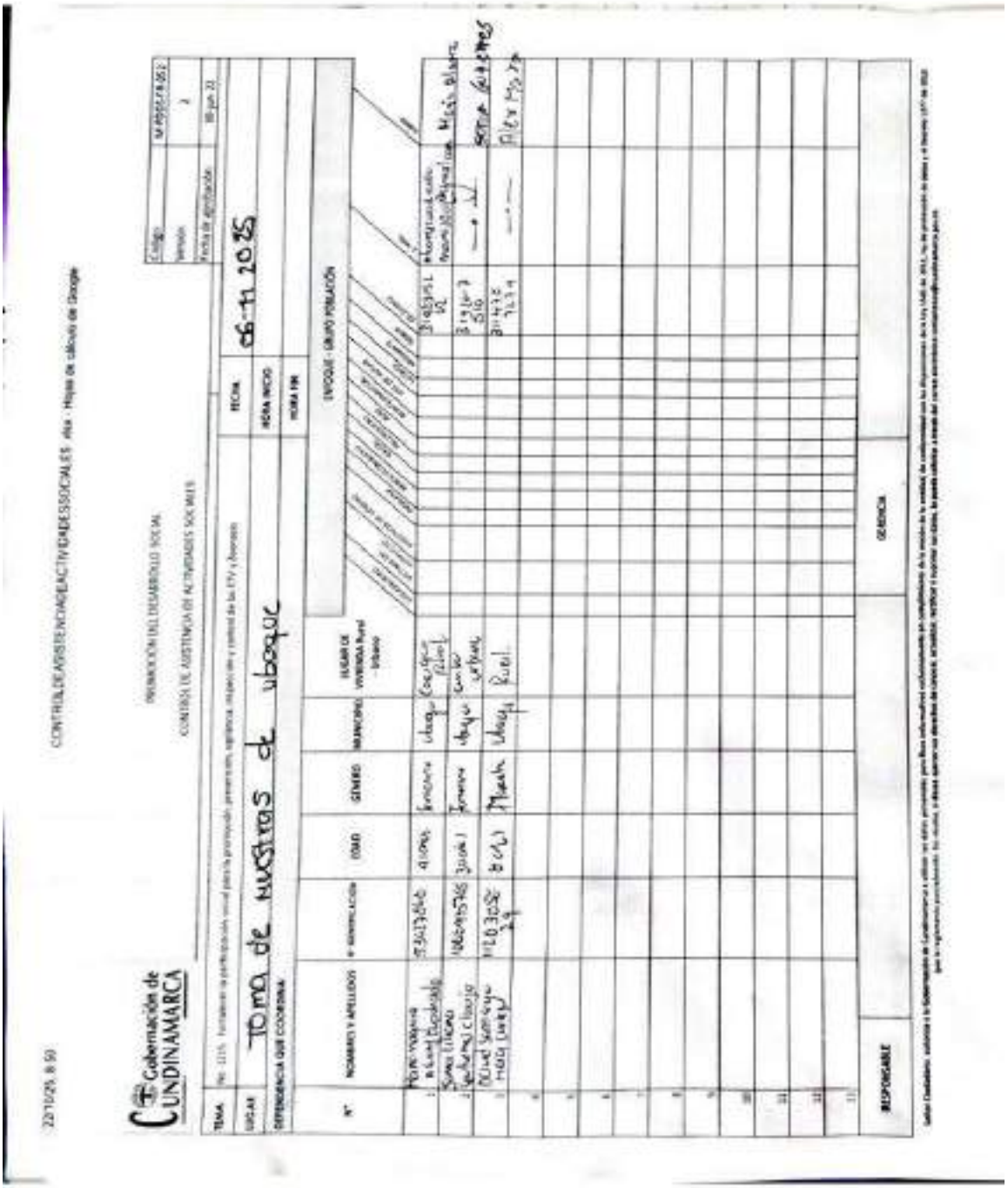
FECHA: ct noviembre

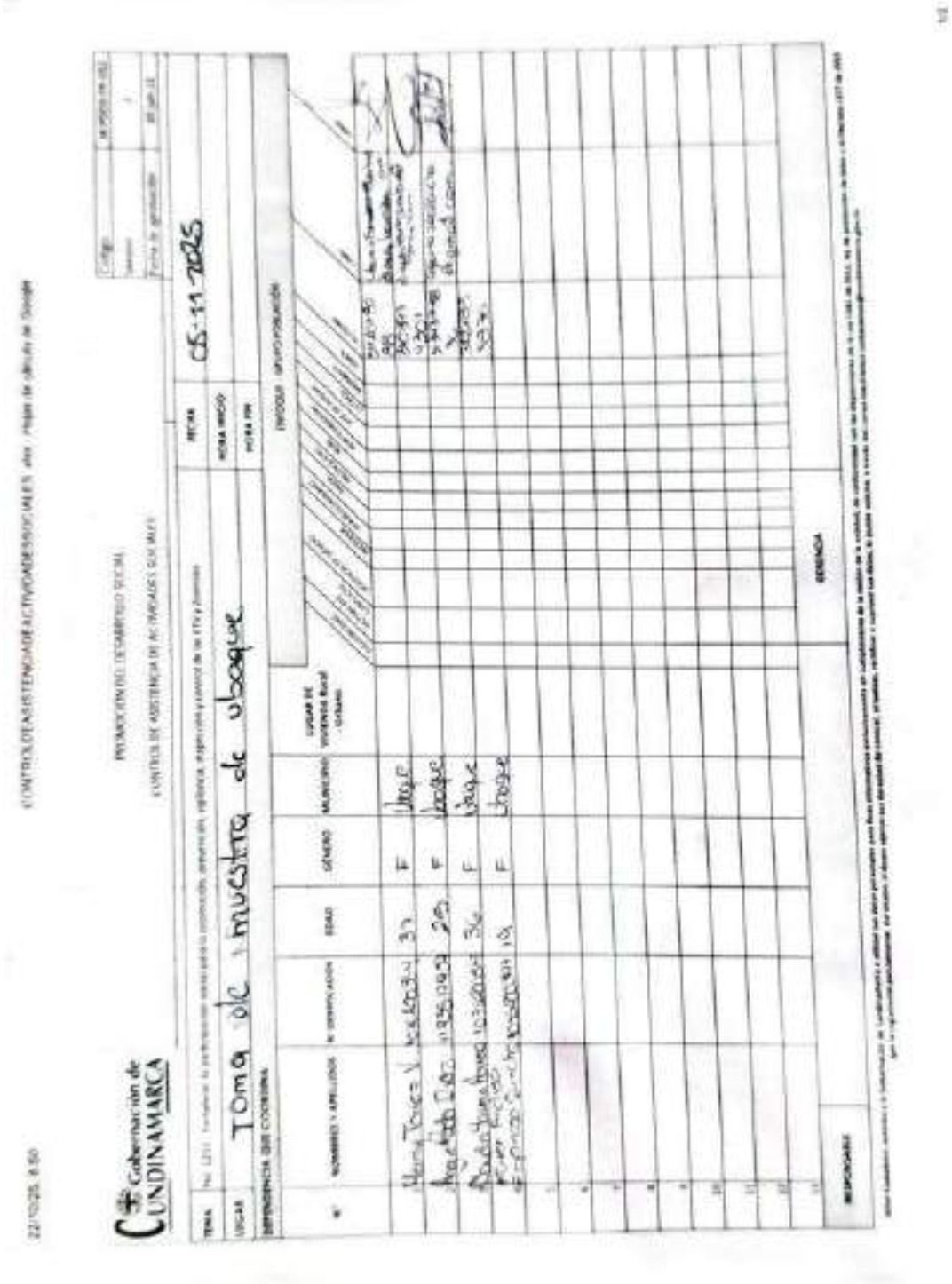
HORA INICIO:

HORA FIN:

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Nº IDENTIFICACIÓN | EDAD | GÉNERO | MUNICIPIO | LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano | ENTIDAD - GRUPO POBLACIÓN | | |

Gobernación de Cundinamarca	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24




Gobernación de CUNDINAMARCA
05-11-2025
Toma de muestra de Usaquen



Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: [illegible] VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / Mes / 19

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención a la vez su familiar con respecto al proceso de [illegible] a toma de muestra sanguínea. Por favor lea detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de sangre, usando [illegible] sangre total. Los análisis son importantes para realizar diagnósticos de laboratorio, y muchos resultados permiten controlar el [illegible] proceso, o ver la respuesta para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede realizarse en la [illegible] el momento.

RIESGOS

- En el momento de la toma de muestra de sangre con venopunción, el paciente sentirá un leve dolor [illegible] punción o pinchazo.
- En casos excepcionales se pueden presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado. Sin [illegible] nuestro personal capacitado para el uso de estas técnicas.
- En casos excepcionales, este dolor podría ser más intenso y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o [illegible] localizadas. Consecuentemente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.
- Si no toma o presenta alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-491 2020.

NOMBRE Y FECHA: choaui 07-11-2023

NOMBRE DEL PACIENTE: Nancy Patricia Avila Cuellar IDENTIFICACIÓN: 21047793

FECHA DE NACIMIENTO: 26-05-81 EDAD: 42 DERIVADO: SI X NO SEXO: F X M

OCUPACIÓN: Hogar EPS: Famisanar REGIMEN: subsidiado TELEFONO: 3204303424

VEREDA: Cacaleco DIRECCIÓN: Guaycaramo-Ubaque

Yo, Nancy Patricio Avila, en mi calidad de usuario identificado con documento No. 21047793 he sido [illegible] mis resultados mediante, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para analisis en el Laboratorio Clínico.

Por ello, bajo la condición de persona de avanzada edad/ la toma de muestra correspondiente al tercer día sabil inmediato. Confirmo que he sido informado acerca del examen de choqui y realizarse, y entiendo que no garantiza estricta conformidad con relación a los resultados obtenidos. Igualmente se me explicado que en caso de un resultado anormal [illegible] acudir a un especialista para que analice el resultado y me ordene el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe mantener su consentimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal. Por lo cual en mi [illegible] libremente otorgando, manifiesto, que consentimiento otorgado para el acto medico aquí referido en la medida en que se entregue de una persona sin [illegible]

CERTIFICO que, habiendo sido dadas [illegible] a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera completa [illegible] clara.

Por tanto, entiendo que se realizo el examen de: choqui

en relación al procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, asepsia, protección, [illegible] segmento de muestra de sangre.

Por consiguiente firmo el presente CONSENTIMIENTO para autorizar el procedimiento descrito en el anexo anterior.

Nombre: Nancy Patricio Avila Identificación N°: 21047793	Nombre: Nancy Heracc Identificación N°: 1016804126

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

[illegible]

Firma del usuario o Acudiente

CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE DILIGENCIAMIENTO OBLIGATORIO.

Señor Ciudadano, acorde a la [illegible] de Cundinamarca, a usted que toda [illegible] sea [illegible] oportunamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Por

Página 1 de 2

Gobernación de Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406 VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Ubaque- 09-11-2023

NOMBRE DEL PACIENTE: Jhell Mariana Pardo Tenci IDENTIFICACIÓN: TI 1070201959

FECHA DE NACIMIENTO (DMA): 07/05/2017 EDAD: 6 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Famisanar EPS REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3028455805

VEREDA: Molino DIRECCIÓN: Molino - Ubaque

Yo, Mariana Tenci Daza en mi condición de Mamá identificado con documento No. 1070202962 en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconsciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Firma del Acudiente Nombre Mariana Tenci Identificación Nº 1070202962	Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación Nº 1014163912C

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Ubaque 03-11-2023

NOMBRE DEL PACIENTE: Luz marina torres ortiz IDENTIFICACIÓN: 1076 200702

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 28/01/1989 EDAD: 35 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Hogar EPS: Nueva EPS REGIMEN: Subsidiado TELEFONO: 3026456805

VEREDA: Molino DIRECCIÓN: Molino Ubaque

Yo, Marina Torres Daza en mi condición de Usuario identificado con documento No. 1076200702 en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Creatina a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su consentimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este consentimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de Creatina

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Marina Torres D. Firma del Paciente Nombre: Marina torres Identificación Nº 1076200702	Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Marcela Henao Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación Nº 1011630126

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así

Gobernación de Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-006 VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chocontá 04-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Andrea Yamil Molina Gomez IDENTIFICACIÓN: TI 1076 701 069

FECHA DE NACIMIENTO (DIA/MES/AÑO) 09 / 12 / 2010 EDAD: 14 DESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F ___ M X

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Nueva EPS RÉGIMEN: Subsidiado TELEFONO: 3204604914

VEREDA: Centro DIRECCIÓN: Cra 4 # 4-44

Yo, Milena Rocio Gomez Villalobos en mi condición de Mamá identificado con documento No. 1076200504, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de CHAGAS a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Firma del Acudiente Nombre Milena Gomez Identificación Nº 1076200504	Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación Nº 1014630124

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406 VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4113028.*

MUNICIPIO Y FECHA: Ubaque 21-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Javier Santiago Cancel Herrera IDENTIFICACIÓN: T-1076201563

FECHA DE NACIMIENTO (DMA) 03 / 03 / 2014 EDAD: 11 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F ___ M X

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Nueva EPS RÉGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3022560295 2

VEREDA: Centro DIRECCIÓN: Cra 4 # 2-26 - centro

Yo, Daisy Herrera en mi condición de Acudiente identificado con documento No. 1076276539, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Virgil a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Virgil

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación N°	Daisy Herrera Firma de Acudiente Nombre Identificación N° 1076276539	Marcela Herrera Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación N° 1076276539

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406 VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chaguaní 04-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Jaime Andres Diaz Mora IDENTIFICACIÓN: TI: 1079242975

FECHA DE NACIMIENTO (DMA): 04/12/2009 EDAD: 15 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Sanitas REGIMEN: Subsidiado TELEFONO: 3219409356

VEREDA: Lucia DIRECCIÓN: Lucia vereda

Yo, [illegible] en mi condición de Padre identificado con documento No. [illegible], en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Hemograma a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su consentimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconsciencia, alteración mental), este consentimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Hemograma

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Firma del Acudiente Nombre: [illegible] Identificación Nº: 1079242975	Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación Nº: 1054630128

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo laboratorio@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-POS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / Mar / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4712025*

MUNICIPIO Y FECHA: Chaguaní 6/11/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Dylan Ricardo Avila Castellanos IDENTIFICACIÓN: RC 1076202340

FECHA DE NACIMIENTO (DMA): 04/09/2013 EDAD: 2anos GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F ___ M X

OCUPACIÓN: — EPS: NUEVA EPS RÉGIMEN: Subsidiado TELEFONO: 3114814986

VEREDA: Pueblo nuevo DIRECCIÓN: Pueblo nuevo - Chaguaní

Yo, * Yury Pilar Castellanos Moya en mi condición de mamá identificado con documento No. 1076842550, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Hemograma a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consento que se realice el examen de: Hemograma

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Firma del Acudiente Nombre * Yury Pilar Castellanos Moya Identificación Nº 1076842550	Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación Nº 1076850126

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-UP-FR-406 VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o hundimiento localizados. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112005.*

MUNICIPIO Y FECHA: Ubaque 08-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Luis Andres Alonso Hernandez IDENTIFICACIÓN: 70214736065

FECHA DE NACIMIENTO (DMA): 20/06/2019 EDAD: 6a GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F ___ M X

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Mundo EPS RÉGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 320 8615480

VEREDA: Santa Ana DIRECCIÓN: _____

Yo, Diana Catalina Hernandez en mi condición de Madre identificado con documento No. 1014225[illegible], en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de _____ a realizarse y entiendo que se guardará estricto confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su consentimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconsciencia, alteración mental), este consentimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: _____

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

_____ Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Diana C. Hernandez Firma del Acudiente Nombre Diana Catalina Hernandez Identificación Nº 1014225[illegible]	Marcelo Herrera Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación Nº 1076630250

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____
Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo laboratorio@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-400 VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 16

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ningún costo y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112000.*

MUNICIPIO Y FECHA: Chaguaní 08-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Luis Andres Alistar Mancilla IDENTIFICACIÓN: 7072117360

FECHA DE NACIMIENTO (DMA): 30/06/2015 EDAD: 10 DESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F ___ M X

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Mundo EPS REGIMEN: Subsidiado TELEFONO: 3114825860

VEREDA: Santa Ana DIRECCIÓN: _____

Yo, Diana Catalina Mancilla en mi condición de Madre identificado con documento No. 1070623754, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de _____ a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su consentimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconsciencia, alteración mental), este consentimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: _____

Se asegurará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

_____ Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Diana C Alexander Firma del Acudiente Nombre Diana Catalina Mancilla Identificación Nº 1070623754	Marcela Arenas Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación Nº 1076630126

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____
Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo atencion@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP LSP-FR-406 VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 87-7-4112028.*

MUNICIPIO Y FECHA: Ubaque 8-noviembre

NOMBRE DEL PACIENTE: Sandra Milena Romero Pinzon IDENTIFICACIÓN: 1076202298

FECHA DE NACIMIENTO (DMA): 9 / 10 / 22 EDAD: 3 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: _____ EPS: Famisanar REGIMEN: _____ TELEFONO: 3045107490

VEREDA: _____ DIRECCIÓN: Ubaque - Centro

Yo, Valentina María García en mi condición de padre identificado con documento No. 1076100180, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Orina, a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconsciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Orina

Se adelantara el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

_____	Valentina María	Hayde Henao
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación Nº	Identificación Nº	Identificación Nº 1071630120

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____
Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo laboralud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-009
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 28

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, las cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 87-1-4112005.*

MUNICIPIO Y FECHA: Jerusalén 8 de noviembre 2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Luz Emilia Silva Montes IDENTIFICACIÓN: 39564353

FECHA DE NACIMIENTO (DMA): 18 / 08 / 2005 EDAD: 20 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Ama de casa EPS: Mutual Ser REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3202428823

VEREDA: _____ DIRECCIÓN: _____

Yo, Luz Emilia Silva Montes en mi condición de Paciente identificado con documento No. 39564353, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente yo acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de (Covid) a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su consentimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este consentimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: (Covid)

Se adelantara el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Luz Silva Firma del Paciente Nombre Identificación N° 1.039.564.353	_____ Firma del Acudiente Nombre Identificación N°	Horacio Vanegas Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación N° 1.116.302.156

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____
Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo tesoreria@cundinamarca.gov.co

	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
Gobernación de Cundinamarca		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

OBJETIVO DE LA REUNION:	FECHA:	ACTA No.
Realizar reunión de articulación de los planes de promoción, prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis Departamentales, junto al representante o coordinador PIC de cada municipio asignado, equipo básico territorial (APS) para la gestión de casos especiales identificados relacionados a las ETV-zoonosis de manera mensual.	11/11/2025	2

LUGAR:	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
ALCALDÍA MUNICIPAL DE FOMEQUE	10:00 am	11:00 M

ORDEN DEL DÍA

En la fecha indicada, se programó un espacio de articulación con la Coordinadora del Programa PIC, sin embargo, no fue posible llevar a cabo la reunión debido a que, en ese momento, la coordinadora se encontraba con alta carga laboral y no podía atendernos.

Posteriormente, se intentó reagendar el encuentro; sin embargo, la coordinadora informó que saldría de vacaciones y, por tal motivo, no contaba con disponibilidad ni fechas próximas para realizar la reunión.

Se deja constancia de que se intentó establecer la articulación correspondiente y que se está a la espera de nuevas fechas por parte de la coordinación PIC para continuar con el proceso

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

CONCLUSIONES

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	FIRMA

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	FIRMA

Gobernación de Cundinamarca	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

ASISTENTES:

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
Diana Pineda Cardena	Coordinadora PIC	Alcaldia	Diana Pineda
Lorena Varela	Rca Enfermera	H.S.V.P.F	Lorena Varela
Mayra Martinez M	Bacteriologa	HSVP Fonseca	Mayra Martinez

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº

LUGAR: alcaldía de fomeque

EVENTO: articulación pic

FOTO N° de

PROVINCIA: oriente

Fecha de toma (11/11/2025):



Observaciones:

_____
_____
_____.

NUESTRO SERVICIO ES PENSANDO EN USTED

San Vicente de Paúl
FOMEQUE

Gobernación de Cundinamarca

LA SUBGERERENCIA CIENTIFICA EN CALIDAD DE SUPERVISORA DE LA CONCURRENCIA DE CHAGAS

CERTIFICA QUE:

En los municipios de Fomeque, Choachí y Ubaque, se llevan a cabo las acciones de la concurrencia de CHAGAS, donde se evidencia la actividad de:

"Apoyar al programa ETV y Zoonosis de la secretaria de salud de Cundinamarca, en el marco de las posibles contingencias relacionadas con las ETV-Zoonosis en todos los municipios inmersos en la concurrencia."

Durante la ejecución de la tercera entrega, no se obtuvo solicitud de apoyo al programa ETV y Zoonosis por parte de la secretaria de Salud de Cundinamarca para la realización de esta actividad.

Dada a los quince (15) días del mes de noviembre 2025.

DANIELA GAMBOA ALMANSA
Coordinadora salud pública HSVPF

Mayra Martinez
MAYRA LUCIA MARTÍNEZ
Coordinadora concurrencia Chagas

NUESTRO SERVICIO ES PENSANDO EN USTED

San Vicente de Paúl
FOMEQUE

Gobernación de Cundinamarca

LA SUBGERERENCIA CIENTIFICA EN CALIDAD DE SUPERVISORA DE LA CONCURRENCIA DE CHAGAS

CERTIFICA QUE:

En los municipios de Fomeque, Choachí y Ubaque, se llevan a cabo las acciones de la concurrencia de CHAGAS, donde se evidencia la actividad de:

"Apoyar al programa ETV y Zoonosis de la secretaria de salud de Cundinamarca, en el marco de las posibles contingencias relacionadas con las ETV-Zoonosis en todos los municipios inmersos en la concurrencia."

Durante la ejecución de la tercera entrega, no se obtuvo solicitud de apoyo al programa ETV y Zoonosis por parte de la secretaria de Salud de Cundinamarca para la realización de esta actividad.

Dada a los quince (15) días del mes de noviembre 2025.

DANIELA GAMBOA ALMANSA
Coordinadora salud pública HSVPF

Mayra Martinez
MAYRA LUCIA MARTÍNEZ
Coordinadora concurrencia Chagas

NUESTRO SERVICIO ES PENSANDO EN USTED

San Vicente de Paúl
FOMEQUE

Gobernación de Cundinamarca

LA SUBGERERENCIA CIENTIFICA EN CALIDAD DE SUPERVISORA DE LA CONCURRENCIA DE CHAGAS

CERTIFICA QUE:

En los municipios de Fomeque, Choachí y Ubaque, se llevan a cabo las acciones de la concurrencia de CHAGAS, donde se evidencia la actividad de:

"Apoyar al programa ETV y Zoonosis de la secretaria de salud de Cundinamarca, en el marco de las posibles contingencias relacionadas con las ETV-Zoonosis en todos los municipios inmersos en la concurrencia."

Durante la ejecución de la tercera entrega, no se obtuvo solicitud de apoyo al programa ETV y Zoonosis por parte de la secretaria de Salud de Cundinamarca para la realización de esta actividad.

Dada a los quince (15) días del mes de noviembre 2025.

DANIELA GAMBOA ALMANSA
Coordinadora salud pública HSVPF

Mayra Martinez
MAYRA LUCIA MARTÍNEZ
Coordinadora concurrencia Chagas

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	Código: M-PDS-GSP-FR-012 Versión: 01
	Cronograma Mensual de Actividades Contratos o Convenios	Fecha de Aprobación:30/Octul

Secretaria	Salud			
Dependencia	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE		Programación Mes o Periódo	Fecha Inicial de periodo:
Área /Programa / Dimensión	CONCURRENCIA CHAGAS			Fecha final de periodo:
Contrato No. 708	Nombre del Contratista	MUARCELA HERRERA		Fecha de Inicio del Contrato

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
3 REALIZACION DE INFORME TALLER EDUCATIVO	4 ALISTAMIENTO PARA TOMAS DE MUESTRAS	5 TOMA DE MUESTRAS	6 TOMA DE MUESTRAS	7 TOMA DE MUESTRAS

10 TALLER EDUCATIVO EN CONSEJO MUNICIPAL/ REALIZACION DE INFORME DE TALLER EDUCATIVO	11 ALISTAMIENTO DE MATERILA PARA DESARROLLO DE TALLRE	12 ALISTAMIENTO DE MATERIALES PARA TALLER	13 TALLER CENTRO DE SALUD COMUNIDAD/ REALIZACION DE INFORME DE TALLER EDUCATIVO	14 ARTICUACION CON COORDINADOR PIC

Elaboró:	LORENA VARELA	**Aprobó**	
Perfil del Contratista	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**Cargo**	
Firma		**Firma**	

bre /2015

01-nov-25
15-nov-25
19/09/2025

SABADO
1 TALLER EDUCATIVO HOGAR GERIATRICO
8 TALLER DE SENSIBILIZACION Y TALLER EDUCATIVO

15

ENTREGA DE INFORME

Gobernación de CUNDINAMARCA	DIRECCION DE SALUD PUBLICA	Código **A-GC-FR-017**
		Versión : 02
	INFORME DE ACTIVIDADES	Fecha de Aprobación: OCTUBRE 2025

DIRECCIÓN: Salud Pública	**CONTRATO No. SS-CDCTI-966-2024**	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 19/09/2025 Fecha de Terminación: 31/12/2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA: E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE		**PLAZO DE EJECUCIÓN: 3 meses y 12 dias**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DANIELA GAMBOA		**PERIODO DEL INFORME:** Del 19 OCTUBRE DE 2025 – 31 DE OCTUBRE 2025
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA APOYAR LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ETV Y ZOONOSIS PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, ATENCIÓN Y CONTROL, ACORDE A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES EN LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN INTRADOMICILIARIA DE TRIPANOSOMA CRUZI POR RHODNIUS PROLIXUS EN MUNICIPIOS A CERTIFICAR, RECERTIFICAR Y VIGILAR ACORDE A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS ESTABLECIDOS TANTO A NIVEL NACIONAL COMO DEPARTAMENTAL EN LOS MUNICIPIOS DE FOMEQUE, CHOACHI Y UBAQUE DE ACUERDO AL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO SS-CDCTI-708-2025, A TRAVES DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE.		

OBLIGACIONES ESPECIFICAS, ACTIVIDADES Y PRODUCTOS DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES PSICOSOCIAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACTIVIDADES (Desarrolladas en el mes referente a la obligación	PRODUCTOS (Con respecto a la actividad desarrollada.)
Realizar reunion de articulación de los planes de promoción, prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis Departamentales, junto al representante o coordinador PIC de cada municipio asignado, equipo básico territorial (APS) para la gestión de casos especiales identificados relacionados a las ETV-zoonosis de manera mensual.	Articulación PIC	SE REALIZA REUNION CON LA CORDINADORA PIC DEL MUNICIPIO Y EL EQUIPO DE CHAGAS 11/11/2025

Realizar los procesos de sensibilización a la comunidad previos a las jornadas de tamizaje para la enfermedad de Chagas	Jornadas de sensibilización	SE REALIZA SENSIBILIZACION CON UN GRUPO DE ADULTO MAYORES
Apoyar el desarrollo de acciones de promoción y prevención de la salud relacionadas con la Enfermedad de Chagas, en el municipio asignado, mediante la ejecución de 4 talleres educativos aplicados en los diferentes entornos definidos por el lineamiento MSPS, enviando de forma magnética las evidencias correspondientes a la profesional social para su posterior consolidación en el ArcGIS Survey123.	Talleres lúdico pedagógicos	SE REALIZARON 4 TALLERES LOS CUALES FUERON DE LA SIGUIENTE FORMA 1 1/11/25 SE REALIZA TALLER EN EL SALON PARROQUIAL CON RENTA CIUDADANA 2 12/11/25 SE REALIZA EN EL COLEGIO IDEMAG CON GRADO 702 3 10/11/25 SE REALIZA CON EL COMERCIO DEL MUNICIPIO DE FOMEQUE 4 14/11/25 SE REALIZA EN LA ESCUELA DE LAVADERO
Realizar la toma de muestras en su fase preanalítica en la población priorizada para el plan de interrupción de la trasmisión intradomiciliaria de Enfermedad de Chagas por Rhodnius prolixus O muestras para identificación de casos de leishmaniasis (en caso de ser requeridas por la supervisión) haciendo uso de vehículo disponible para el desplazamiento a las zonas de influencia, traslado de las muestras según los municipios asignados.	Toma de muestras	SE REALIZARON LA TOMA DE MUESTRAS TOMANDO 67 • HOSPITAL DE FÓMEQUE • SALON PARROQUIAL EDAD FERTIL DE 15 A 45 AÑOS :47 NIÑOS DE 0 A 15 AÑOS: 18 GESTANTES: 2

Apoyar la realización las acciones de vigilancia (Búsquedas activas comunitarias, búsquedas activas institucionales, e investigaciones epidemiológicas de campo), así como la implementación adecuada y oportuna de los protocolos de atención integral al paciente según lineamientos nacionales para el evento de Chagas.	En la tercera entrega no se realizo apoyo al programa porque no lo requirió	CERTIFICACIÓN
Apoyar al programa ETV y Zoonosis de la secretaria de salud de Cundinamarca, en el marco de las posibles contingencias relacionadas con las ETV-Zoonosis en todos los municipios inmersos en la concurrencia.	Durante la tercera entrega no se necesito el apoyo al programa	CERTIFICACIÓN
Hacer entrega al supervisor del contrato de un informe mensual y final según formato establecido y línea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud publica correspondientes a las actividades desarrolladas en el periodo, en cumplimiento del objeto contractual y los soportes respectivos en medio magnético como soporte para el tramite de cuentas de cobro, que incluya: bases de datos, archivos digitales	Informe técnico	SE REALIZA INFORME TÉCNICO CON EL RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE 01/11/2025 A 14/11/2025

OBLIGACIONES ESPECIFICAS, ACTIVIDADES Y PRODUCTOS DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL	
CONTRATISTA	FIRMA:
	NOMBRES Y APELLIDOS: YEIMY LORENA VARELA

Gobernación de CUNDINAMARCA	**DIRECCION DE SALUD PUBLICA**	Código **A-GC-FR-017**
		Versión : 02
	INFORME DE ACTIVIDADES	Fecha de Aprobación: OCTUBRE 2025

DIRECCIÓN: Salud Pública	**CONTRATO No. SS-CDCTI-966-2024**	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 19/09/2025 Fecha de Terminación: 31/12/2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA: E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE		**PLAZO DE EJECUCIÓN: 3 meses y 12 dias**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DANIELA GAMBOA		**PERIODO DEL INFORME:** 01 de noviembre a 15 de noviembre de 2025
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA APOYAR LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE ETV Y ZOONOSIS PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, ATENCIÓN Y CONTROL, ACORDE A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES EN LA INTERRUPCIÓN DE LA TRANSMISIÓN INTRADOMICILIARIA DE TRIPANOSOMA CRUZI POR RHODNIUS PROLIXUS EN MUNICIPIOS A CERTIFICAR, RECERTIFICAR Y VIGILAR ACORDE A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS ESTABLECIDOS TANTO A NIVEL NACIONAL COMO DEPARTAMENTAL EN LOS MUNICIPIOS DE FOMEQUE, CHOACHI Y UBAQUE DE ACUERDO AL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO SS-CDCTI-708-2025, A TRAVES DE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE.		

OBLIGACIONES ESPECIFICAS, ACTIVIDADES Y PRODUCTOS DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES PSICOSOCIAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACTIVIDADES (Desarrolladas en el mes referente a la obligación	PRODUCTOS (Con respecto a la actividad desarrollada.)
Realizar reunión de articulación de los planes de promoción, prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis Departamentales, junto al representante o coordinador PIC de cada municipio asignado, equipo básico territorial (APS) para la gestión de casos especiales identificados relacionados a las ETV-zoonosis de manera mensual.	Articulación PIC	Se realizó reunión con el coordinador pic municipal de ubaque , a quien se le dio a conocer inicialmente la importancia de la articulación con el municipio se dio conocer el plan de trabajo para realizar durante el mes de noviembre

Realizar los procesos de sensibilización a la comunidad previos a las jornadas de tamizaje para la enfermedad de Chagas	Jornadas de sensibilización	se realiza una jornada de sensibilización la cual se desarrolló el día 8 de noviembre en el parque principal donde se aprovechó la convocatoria que se había realizado con el municipio y bajo la celebración del día de la mujer se realizó la sensibilización a la población asistente
Apoyar el desarrollo de acciones de promoción y prevención de la salud relacionadas con la Enfermedad de Chagas, en el municipio asignado, mediante la ejecución de 4 talleres educativos aplicados en los diferentes entornos definidos por el lineamiento MSPS, enviando de forma magnética las evidencias correspondientes a la profesional social para su posterior consolidación en el ArcGIS Survey123.	Talleres lúdico pedagógicos	se realizaron 4 talleres los cuales fueron de la siguiente forma 1 Se realizó con población adulta mayor del hogar geriátrico producción e cacique del municipio de ubaque, donde se realizó taller lúdico pedagógico, por medio de charla y actividad lúdica con dibujos del vector 2 se realizó actividad educativa con metodología de tipo charla educativa por medio de folleto ilustrativo, donde se dio a conocer la enfermedad, causas, síntomas y se entregaron con el fin de lleva a cada hogar la información. 3 se realizó taller de forma presencial, tipo explicativo por medio de un conversatorio realizado a los concejales del municipio y se entregó folleto educativo con el fin de que se a socializado a su población en las diferentes veredas. 4 se actividad lúdico pedagógica en el centro de salud de ubaque aprovechando el dia de afluencia y en las diferentes filas de atención y sala de espera por medio de una actividad

		informativa con el uso de un volante donde se hace una breve explicación de la enfermedad
Realizar la toma de muestras en su fase pre analítica en la población priorizada para el plan de interrupción de la trasmisión intradomiciliaria de Enfermedad de Chagas por Rhodnius prolixus O muestras para identificación de casos de leishmaniasis (en caso de ser requeridas por la supervisión) haciendo uso de vehículo disponible para el desplazamiento a las zonas de influencia, traslado de las muestras según los municipios asignados.	Toma de muestras	se realizaron las tomas de muestras tomando 15 muestras • Total, de mujeres 12 • Total, de hombres 4 • gestantes :0 • niños de 0 a 15 años :2 • a 15 años: 5 • 15 años 18 años :1 • 18 años en adelante :7

Apoyar la realización las acciones de vigilancia (Búsquedas activas comunitarias, búsquedas activas institucionales, e investigaciones epidemiológicas de campo), así como la implementación adecuada y oportuna de los protocolos de atención integral al paciente según lineamientos nacionales para el evento de Chagas.		Certificación
Apoyar al programa ETV y Zoonosis de la secretaria de salud de Cundinamarca, en el marco de las posibles contingencias relacionadas con las ETV-Zoonosis en todos los municipios inmersos en la concurrencia.	No se realizo	Certificación
Hacer entrega al supervisor del contrato de un informe mensual y final según formato establecido y línea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud publica correspondientes a las actividades desarrolladas en el periodo, en cumplimiento del objeto contractual y los soportes respectivos en medio magnético como soporte para el tramite de cuentas de cobro, que incluya: bases de datos, archivos digitales	Informe técnico	se realiza informe técnico con el resumen de las actividades realizadas en el mes de 01 de noviembre al 15 de noviembre de 2025

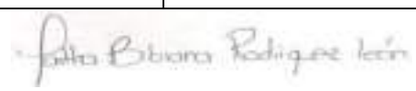
OBLIGACIONES ESPECIFICAS, ACTIVIDADES Y PRODUCTOS DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL	
CONTRATISTA	FIRMA:
	NOMBRES Y APELLIDOS: DIANA MARCELA HERRERA

Gobernación de CUNDINAMARCA	**DIRECCION DE SALUD PUBLICA**	Código **A-GC-FR-017**
		Versión : 02
	INFORME DE ACTIVIDADES	Fecha de Aprobación: 24/Feb/2016

DIRECCIÓN: Salud Pública	**CONTRATO No. SS-CDCTI-708-2025**	**PERIODO DEL CONTRATO:**
		Fecha de Inicio: 19/09/2025
		Fecha de Terminación: 31/12/2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA: E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** Tres (03) meses y doce (12) días
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIZABETH COY JIMENEZ		**PERIODO DEL INFORME:** Del 31 de octubre de 2025 – al 14 de noviembre de 2025
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar los servicios de apoyo a la gestión como auxiliar de enfermería, para apoyar la ejecución de acciones del programa departamental de ETV zoonosis en los municipios de Fómeque, Choachí y Ubaque de acueducto al contrato interadministrativo SS-CDCTI-708-2025, a través de la ESE Hospital San Vicente San Paúl de Fómeque.		

OBLIGACIONES ESPECIFICAS, ACTIVIDADES Y PRODUCTOS DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES (Las estipuladas como especificas en la minuta del contrato)	**ACTIVIDADES** (Desarrolladas en el mes referente a la obligación)	**PRODUCTOS** (Con respecto a la actividad desarrollada.)
1. Realizar reunión de articulación de los planes de promoción, prevención y control de las enfermedades trasmitidas por vectores (ETV) y zoonosis departamentales, junto al representante o coordinador PIC de cada municipio asignado, equipo básico territorial (APS) para la gestión de casos especiales.	1.Realizar reunión de articulación con coordinador PIC, equipos básicos de articulación de los planes de promoción, prevención y control de las enfermedades trasmitidas por vectores (ETV) y zoonosis departamentales, para gestión de casos especiales.	1. Se realiza acta No. 026 del día 07/11/2025 reunión con coordinadora PIC para la gestión de casos especiales identificados relacionados a enfermedades trasmitidas por vectores (ETV) y zoonosis (05 asistentes) contiene registro de asistencia y registro fotográfico
2. Realizar los procesos de sensibilización a la comunidad previos a las jornadas de tamizaje para la enfermedad de Chagas.	1.realizar actas de capacitación para los procesos de sensibilización a la comunidad previos a la jornada de tamizaje para la enfermedad de Chagas.	1.Se realiza acta No. 022 del día 28/10/2025 sensibilización centro de salud (12 asistentes) contiene registro de asistencia y registro fotográfico 2. Se realiza acta No. 023 del día 30/10/2025 sensibilización centro de salud-parque principal (23 asistentes) contiene registro de asistencia y registro fotográfico 3. Se realiza acta No. 024 del día 01/11/2025 sensibilización centro de salud (6 asistentes) contiene registro de asistencia y registro fotográfico 4.Se realiza acta No. 025 del día 07/11/2025 sensibilización Escuela Laureano Gómez-jardín infantil el paraíso de los niños (40 asistentes) contiene registro de asistencia y registro fotográfico 5. Se realiza acta No. 027 del día 08/11/2025 sensibilización centro de salud (22 asistentes) contiene registro de asistencia y registro fotográfico

3. Apoyar el desarrollo de acciones de promoción y prevención de la salud relacionadas con la Enfermedad de Chagas, en el municipio asignado, mediante la ejecución de 4 talleres educativos aplicados en los diferentes entornos definidos por el lineamiento MSPS, enviando de forma magnética las evidencias correspondientes a la profesional social para su posterior consolidación en el ArcGis Survey123. .	1.Realizar 4 talleres educativos aplicados en los diferentes entornos apoyando el desarrollo de las acciones de promoción y prevención de la salud relacionadas con la enfermedad de Chagas. 2. Enviar de forma magnética las evidencias de los talleres correspondientes, a la profesional social para su consolidación en la plataforma ArcGis Survey123.	1.se realiza taller en el entorno comunitario el día 06/11/2025 en las instalaciones del SENA oficina NUEVA EPS (16 asistentes) contiene registro de asistencia y registro fotográfico. 2. se realiza taller en el entorno institucional el día 07/11/2025 en las instalaciones de la policía nacional (11 asistentes) contiene registro de asistencia y registro fotográfico 3. Se realiza taller en el entorno educativo el día 07/11/2025 en las instalaciones de la escuela de formación banda sinfónica (21 asistentes) contiene registro de asistencia y registro fotográfico. 4. Se realiza taller en el entorno laboral el día 10/11/2025 oficina del Banco Bogotá (10 asistentes) contiene registro de asistencia y registro fotográfico. 5. Se adjunta pantallazo evidencia del cargue de los talleres en la plataforma ArcGis Survey 123.
4. Realizar la toma de muestras en su fase preanalítica en la población priorizada para el plan de interrupción de la trasmisión intradomiciliaria de Enfermedad de Chagas por Rhodnius prolixus O muestras para identificación de casos de leishmaniasis (en caso de ser requeridas por la supervisión) haciendo uso de vehículo disponible para el desplazamiento a las zonas de influencia, traslado de las muestras según los municipios asignados.	Realizar toma de muestra en su fase preanalítica a la población priorizada para el plan de interrupción de la trasmisión intradomiciliaria de Enfermedad de Chagas por Rhodnius prolixus	1.Se realiza acta No. 028 de fecha 13/11/2025 toma de muestras del tercer corte. 2. Se anexa copia de 74 consentimientos informados de las muestras tomados en el segundo corte. 3. Se diligencia formato de remisión de las muestras dividido por grupo poblacional y total de las 63 muestras tomadas para el segundo corte 4. Se garantizar calidad envió muestras (cadena frio-triple embalaje)
5. Apoyar la realización las acciones de vigilancia (Búsquedas activas comunitarias, búsquedas activas institucionales, e investigaciones epidemiológicas de campo), así como la implementación adecuada y oportuna de los protocolos de atención integral al paciente	1. Apoyar la realización de las acciones de vigilancia en la búsqueda activa comunitaria. 2. Apoyar la realización de las acciones de vigilancia en la búsqueda activa institucional.	1.Se realiza informe análisis BAC 2. Soporte BAC 3.FormatoBAC 4. Se realiza informe análisis BAI 5.soporte BAI 6. Formato BAI

según lineamientos nacionales para el evento de Chagas.	3. Apoyar la realización de las investigaciones epidemiológicas de campo.	7.En la ejecución de esta entrega no se realizaron investigaciones epidemiológicas de campo, se anexa certificación.
6. Apoyar al programa ETV y Zoonosis de la secretaria de salud de Cundinamarca, en el marco de las posibles contingencias relacionadas con las ETV-Zoonosis en todos los municipios inmersos en la concurrencia.	1.Apoyar en las posibles contingencias relacionadas con las ETV-Zoonosis en todos los municipios inmersos en la concurrencia.	1.En la ejecución de esta entrega no se presentaron contingencias relacionadas con las ETV-Zoonosis, se anexa certificación.
7. Hacer entrega al supervisor del contrato de un informe mensual y final según formato establecido y línea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud publica correspondientes a las actividades desarrolladas en el periodo, en cumplimiento del objeto contractual y los soportes respectivos en medio magnético como soporte para el trámite de cuentas de cobro, que incluya: bases de datos, archivos digitales y demás evidencias documentales que den cuenta de la totalidad de productos relacionados con el objeto del contrato y línea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud pública.	1.Realizar informe de las actividades desarrolladas en el periodo, en cumplimiento del objeto contractual y los soportes respectivos en medio magnético como soporte para el trámite de cuentas de cobro.	1 se realiza informe de las actividades desarrolladas en el periodo, con los soportes respectivos en medio magnético de cada actividad, se entrega al supervisor del contrato.
CONTRATISTA	FIRMA: 	
	NOMBRES Y APELLIDOS: MARTHA BIBIANA RODRIGUEZ LEON	
	NUMERO DE CEDULA:20.384.829	

Gobernación de CUNDINAMARCA

NOMBRE DEL CONTRATISTA
No. De CONTRATO
PLAZO DE EJECUCION
OBJETO DEL CONTRATO

OBLIGACION ESPECÍFICA

Realizar reunion de articulación de los planes de promoción, prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis Departamentales, junto al representante o coordinador PIC de cada municipio asignado, equipo basico territorial (APS) para la gestion de casos especiales identificados relacionados a las ETV-zoonosis de manera mensual.
Realizar los procesos de sensibilizacion a la comunidad previos a las jornadas de tamizaje para la enfermedad de chagas
Apoyar el desarrollo de acciones de promoción y prevención de la salud relacionadas con la Enfermedad de Chagas, en el municipio asignado, mediante la ejecución de 4 talleres educativos aplicados en los diferentes entornos definidos por el lineamiento MSPS, enviando de forma magnética las evidencias correspondientes a la profesional social para su posterior consolidación en el ArcGis Survey123.

Realizar la toma de muestras en su fase preanalítica en la poblacion priorizada para el plan de interrupción de la trasmisión intradomiciliaria de Enfermedad de Chagas por Rhodnius prolixus O muestras para identificación de casos de leishmaniasis (en caso de ser requeridas por la supervisión) haciendo uso de vehículo disponible para el desplazamiento a las zonas de influencia, traslado de las muestras según los municipios asignados.

Apoyar la realización las acciones de vigilancia (Búsquedas activas comunitarias, busquedas activas institucionales, e investigaciones epidemiologicas de campo), así como la implementaciona decuada y oportuna de los protocolos de atencion integral al paciente según lineamientos nacionales para el evento de Chagas.

Apoyar al programa ETV y Zoonosis de la secretaria de salud de cundinamarca, en el marco de las posibles contingencias relacionadas con las ETV-Zoonosis en todos los municipios inmersos en la concurrencia.
Hacer entrega al supervisor del contrato de un informe mensual y final según formato establecido y linea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud publica correspondientes a las actividades desarrolladas en el periodo, en cumplimineto del objeto contractual y los soportes respectivos en medio magnetico como soporte para el tramite de cuentas de cobro, que incluya: bases de datos, archivos digitales y demás evidencias documentales que den cuenta de la totalidad de productos relacionados con el objeto del contrato y linea técnica definida por la subdirección de vigilancia en salud publica.

MA

TRES

PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA G
EJECUCIÓN DE ACCIONES DEL PROGRAMA D
PROMOCIÓN, ATENCIÓN Y CONTROL, ACORDE
LA TRANSMISIÓN INTRADOMICILIARIA DE TRIP
CERTIFICAR, RECERTIFICAR Y VIGILAR A
ESTABLECIDOS TANTO A NIVEL NACIONAL (
CHOACHI Y UBAQUE DE ACUERDO AL CONTR
LA ESE HOSPITAL

ACTIVIDAD

Se realiza reunion en alcaldia municipal de ubaque con el coordinador pic
se realiza jornanda de sensibilizazcion en el centro del municipio de ubaque parque principal para posterior toma de muestras
se realizaron 4 talleres los cuales fueron de la siguiente forma 1 se realizo en hogra geriatrico centro de produccion el cacique en ubaque adulta mayor 2 se realizo en el parque principal con poblacion femenina invitada a la celabracion de l dia la mujere 3 se realiza en el consejo municipal y

se realizaron las toma de muestras tomando donde se obtubiero 14 muestras y se realizo la toma los dias 5, 6,7
para el mes no se realiza bac

no se realiza apoyo de zoonozis en el mes de noviembre
se realiza informe tecnico con el resumen de las actividades realizadas en el mes de noviembre en el periodo del 1 al 15

RCELA HERRERA	
XXXXX	VALOR I
MESES Y DOCE DIAS	FECHA I
	FECHA I

ESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA APOYAR LA
EPARTAMENTAL DE ETV Y ZOONOSIS PARA LA PREVENCIÓN,
E A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES EN LA INTERRUPCIÓN DE
ANOSOMA CRUZI POR RHODNIUS PROLIXUS EN MUNICIPIOS A
CORDE A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS
COMO DEPARTAMENTAL EN LOS MUNICIPIOS DE FOMEQUE,
ATO INTERADMINISTRATIVO SS-CDCTI-708-2025, A TRAVES DE
SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE.

METODOLOGÍA / CONDICIONES DE CALIDAD	PERIODO 1		% DE AVANCE
	ROGRAMAD	JECUTAD	

1.Actas de Reunión 2. Registro de asistencia 3. Registro fotográfico	1	1	20%
1.Actas de Capacitacion 2. Registro de asistencia 3. Registro fotografico	1	1	20%
1.Informe de Asistencia Técnica 2. Registro de asistencia 3. Registro fotográfico	1	1	20%

1.Actas de reunión 2. Registro de asistencia 3.Registro Fotografico 4.Fichas de Notificacion 5.Consentimiento Informado 6. Formato Remision Muestras 7.Garantizar calidad envio muestras (cadena frio-triple embalaje) 8. Entrega resultados (soporte)	1	1	20%
1. BAC 2. BAI 3.IEC	1	1	20%

	1	1	20%
Informe tecnico	1	1	20%

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

Plan de Trabajo Técnico y Cronograma de Contrato/Conv

	Prestación de Servicios
DEL CONTRATO	$16,913,155
DE INICIO	19/09/2025
DE TERMINACION	

CRONOGRAMA ACTIVIDADES PO

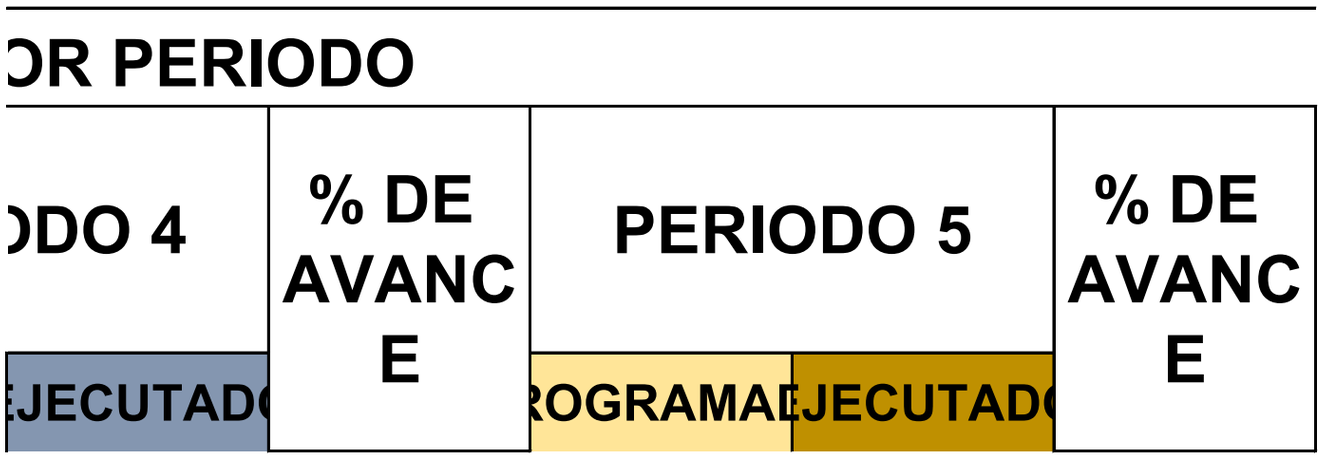
PERIODO 2		% DE AVANCE	PERIODO 3		% DE AVANCE	PERIO
ROGRAMAD	EJECUTADO		ROGRAMAD	EJECUTADO		ROGRAMAD

1	1	20%	1	1	20%	
1	1	20%	1	1	20%	
1	1	20%	1	1	20%	

1	1	20%	1	1	20%	
1	1	20%	1	1	20%	

1	1	0%	1	1	0%	
1	1	20%	1	1	20%	

enio


OR PERIODO
ODO 4
% DE AVANCE
PERIODO 5
% DE AVANCE
EJECUTADO
ROGRAMADO
EJECUTADO

	0%			0%
	0%			0%
	0%			0%

	0%			0%
	0%			0%

	0%			0%
	0%			0%

TOTAL % EJECUTADO	PRODUCTOS PROGRAMADOS

60%	1
60%	1
60%	1

60%	1
60%	1

20%	1
60%	1

	Código: M-PDS-GSP-FR-(
	Versión: 02
	Fecha de aprobación: 03 / Jur

MEDIOS DE VERIFICACION PROGRAMADOS	PRODUCTOS ENTREGADOS	MEDIOS DE VERIFICACION ENTREGADOS

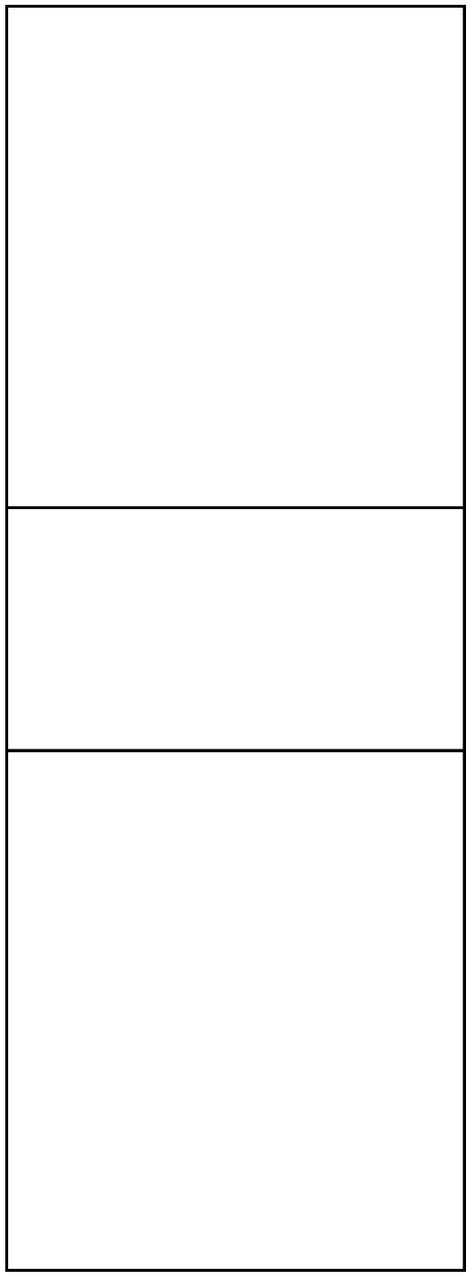
	1	
	1	
	1	

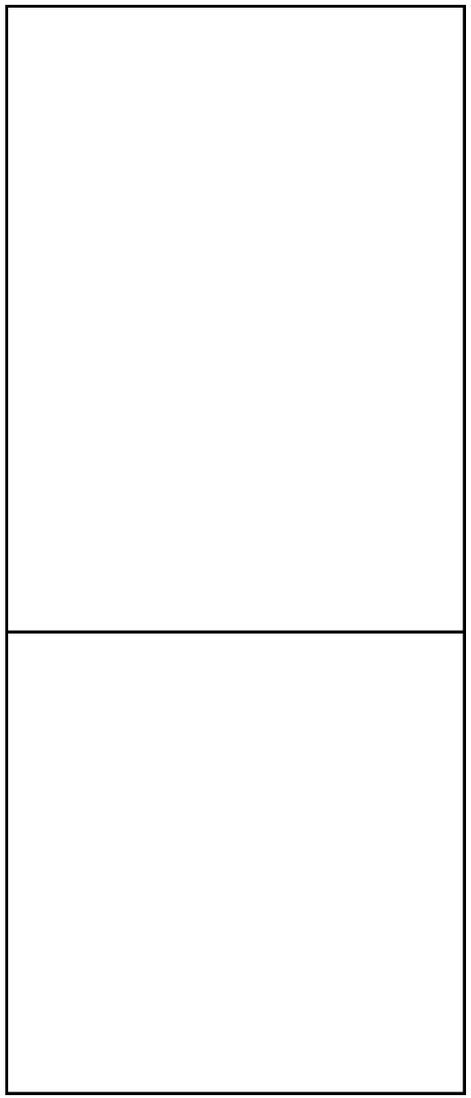
	1	
	1	

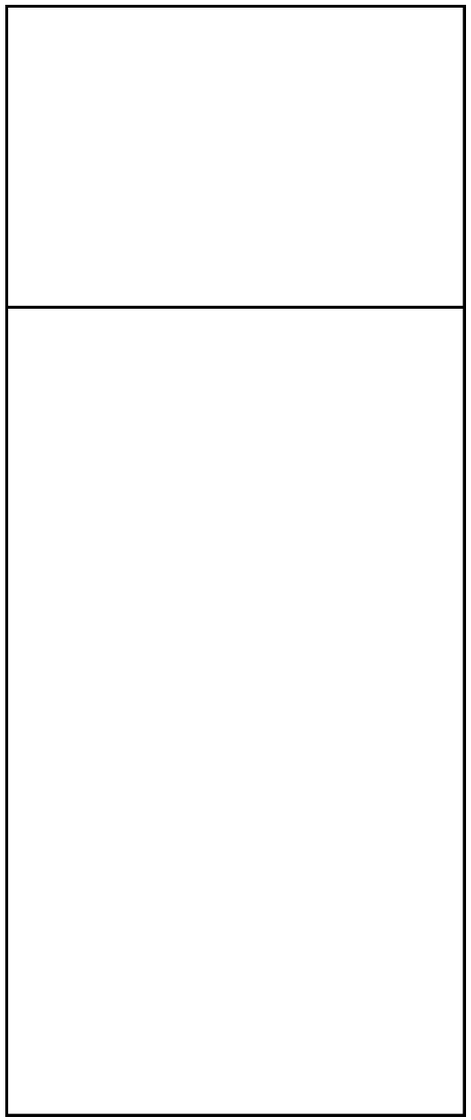
	1	
	1	

)11
n / 2015

OBSERVACIONES







Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 4

LUGAR: Centro de salud de Ubaque

EVENTO: Taller 4 Chagas

FOTO N° de

PROVINCIA: Oriente

Fecha de toma (13/11/2025):





Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

Observaciones:

El 13 de noviembre se realizó una jornada de socialización en el Centro de Salud de Ubaque, dirigida a la población que se encontraba en la institución. Durante la actividad se brindó información sobre la enfermedad de Chagas, sus mecanismos de transmisión y medidas de prevención. Adicionalmente, se entregó material educativo en formato de folleto para reforzar los contenidos impartidos.

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 1

LUGAR: Parque principal de ubaque

EVENTO: Toma de muestras

FOTO N°1
Fecha de toma (05/11/2025
06/11/2025
07/11/2025)

PROVINCIA: Oriente





Observaciones:

Los días 5, 6 y 7 de noviembre se realizaron jornadas de toma de muestras para la detección de la enfermedad de Chagas en el parque principal, aprovechando la afluencia de personas que asistían a la celebración del Día de la Mujer. Durante estas actividades se captó a la población presente, se brindó información sobre la importancia del tamizaje y se llevaron a cabo los procedimientos de recolección de muestras según los protocolos establecidos.

	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Código: E – PID – FR - 004
Gobernación de Cundinamarca		Versión 05
	ACTA DE REUNIÓN	Fecha de Aprobación: 11/09/24

OBJETIVO DE LA REUNION:	FECHA:	ACTA No.
Realizar los procesos de sensibilización a la comunidad previos a las jornadas de tamizaje para la enfermedad de Chagas.	02/1172025	

LUGAR:	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
SALON PARROQUIAL	11:00 AM	12:00PM

ORDEN DEL DÍA

- ✓ Presentación del equipo orientador y explicación del objetivo de la jornada.
- ✓ División de los asistentes en grupos de 11 personas.
- ✓ Entrega de folleto informativo sobre la enfermedad de Chagas.
- ✓ Explicación mediante cartelera educativa:
- ✓ Causas de la enfermedad
- ✓ Síntomas en sus distintas fases
- ✓ Formas de transmisión
- ✓ Espacio de diálogo, preguntas y aclaración de dudas.
- ✓ Sensibilización sobre la importancia de la toma de muestras en:
- ✓ Mujeres en edad fértil
- ✓ Mujeres gestantes
- ✓ Niños y niñas menores de edad
- ✓ Recomendaciones finales y compromisos comunitarios.
- ✓ Cierre y agradecimientos.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Objetivo de la reunión

Realizar una jornada de sensibilización sobre la enfermedad de Chagas, dirigida a adultos mayores y mujeres beneficiarias del programa Renta Ciudadana, con el propósito de fortalecer el conocimiento sobre sus causas, síntomas, fases y la importancia de la toma de muestras en mujeres en edad fértil, gestantes y niños menores de edad.

La jornada estuvo acompañada de la psicología, bacterióloga, Aux de ETV, y auxiliar de enfermería del programa de Chagas

Desarrollo de la actividad
La jornada inició con la presentación del equipo orientador y la explicación de los temas a tratar.
Posteriormente:
Se conformaron grupos de 11 participantes para facilitar la interacción y el aprendizaje.

A cada grupo se le entregó un folleto informativo relacionado con la enfermedad de Chagas.

Se utilizó una cartelera educativa para explicar de manera clara y visual las causas, síntomas y fases de la enfermedad.

Se realizó un espacio de diálogo para resolver dudas y permitir que los asistentes compartieran sus experiencias y conocimientos previos.

3. Contenidos abordados

Durante la sesión se explicaron aspectos fundamentales sobre la enfermedad de Chagas, tales como:

Causas y forma de transmisión, especialmente por el vector conocido como pito o chinche besucona.

Síntomas en fases aguda y crónica.

Fases de la enfermedad y su evolución en el tiempo.

Así mismo, se abordó la importancia del diagnóstico oportuno, especialmente en:

Mujeres en edad fértil

Mujeres gestantes

Niños y niñas menores de edad

Se sensibilizó sobre la relevancia de la toma de muestras como medida preventiva y de detección temprana.

CONCLUSIONES

La jornada de sensibilización sobre la enfermedad de Chagas permitió fortalecer los conocimientos de los adultos mayores y mujeres beneficiarias de Renta Ciudadana, generando mayor comprensión sobre las causas, síntomas, fases y formas de prevención de la enfermedad. La participación activa de los asistentes evidenció el interés de la comunidad por proteger su salud y la de sus familias.

Asimismo, se logró concientizar sobre la importancia del diagnóstico oportuno mediante la toma de muestras, especialmente en mujeres en edad fértil, mujeres gestantes y niños menores de edad, destacando el impacto positivo que tiene la detección temprana en la prevención de complicaciones futuras.

La actividad cumplió los objetivos propuestos y dejó como resultado un grupo más informado, comprometido y dispuesto a replicar los conocimientos adquiridos en su entorno familiar y comunitario. Se recomienda continuar con procesos de sensibilización y de seguimiento para mantener y fortalecer las acciones de prevención del Chagas.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
padres de familia se comprometen a llevar a los niños y niñas menores de edad a la toma de muestras cuando corresponda.		
compromete a mantener prácticas de higiene, orden y control en sus viviendas para reducir el		

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
riesgo de presencia del vector.		
El equipo orientador o institucional se compromete a realizar seguimiento y acompañamiento en futuras jornadas de educación y toma de muestras		

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1225 - Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	02/11/2025
LUGAR:	Salon Parroquial Recto ciudadano	HORA INICIO:	11:00 Am
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	12:00 P.m.

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN																FIRMA
1	Angie Daniela Ramos Agudelo	1071631857	27	F	Fomeque	El Porvenir														3029498375			Angie Ramos
2	Jenny Velasquez	1071630885	31	F	Fomeque	centro														3028190912			Jenny Velasquez
3	Silvia Lorena	1013651116	31	F	Fomeque	centro														3114058231			Silvia Lorena
4	Andrea Cortes	1070386500	20	F	Fomeque	U														3124763788			Andrea
5	Blanca Mayhaira	39732610	48	F	Fomeque	Resguardo														3123568358			Blanca Mayh
6	Maria Velasco	1064035859	31	F	Fomeque	Resguardo														3146019050			Maria V.
7	Javier Alvarado	1071631671	28	M	Fomeque	Resguardo														3123009678			Javier
8	Enna castillo	40408423	41	F	Fomeque	urbana														3202109152			Enna Castillo
9	ZULEY NEGRETE	1091632047	26	F	FOMEQUE	LA UNION														3118778854			ZULEY LORENA NEGRETE
10	Edna Cubillos	1071626471	36	F	Fomeque	Resguardo														3123211161			Edna Cubillos
11	Martha Salcedo A	1121919132	27	F	Fomeque	urbana														3219908			Martha Salcedo
12																							
13																							

RESPONSABLE	Lorena Varela	GERENCIA	

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 1

LUGAR: salón parroquial

EVENTO: sensibilización

FOTO N° de

PROVINCIA: oriente

Fecha de toma (02/11/2025):



Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS



FECHA DE LA ASISTENCIA:	**13/11/2025**

INFORMACIÓN GENERAL

Medio de Asistencia Técnica:

☒Campo ☐Virtual ☐Oficina

DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD

DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR

Nombres y apellidos: Diana Marcela Herrera	Cargo: Auxiliar de Enfermería
Correo electrónico institucional:	Teléfono:

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO
(Solicitante o uno de los beneficiarios)

Grupo de interés asistido: Otro

Nombre del beneficiario: Comunidad presente en el centro de salud de ubaque	Correo electrónico No aplica

Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Ubaque Cundinamarca

Número total de beneficiarios: 10

TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)

OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecer los conocimientos de la comunidad del municipio de Ubaque sobre la Enfermedad de Chagas, su transmisión, síntomas, factores de riesgo y acciones preventivas, así como promover la participación en las jornadas de toma de muestras para diagnóstico oportuno.

ACTIVIDADES REALIZADAS

Orden del Día

- Bienvenida e introducción del taller.
- Socialización de la situación de Chagas en Ubaque.
- Explicación educativa sobre el vector, formas de transmisión y síntomas.
- Orientación sobre tomas de muestra y población prioritaria.
- Entrega y explicación del folleto informativo.
- Espacio de preguntas, dudas y retroalimentación.
- Cierre y conclusiones.

1. Bienvenida e Introducción

Se dio inicio al taller agradeciendo la asistencia de la comunidad y explicando el propósito de la jornada. Se informó que el municipio de Ubaque ha sido históricamente uno de los territorios con mayor número de casos positivos de Enfermedad de Chagas, lo que resalta la importancia de continuar con las acciones de promoción, prevención y vigilancia epidemiológica.

2. Socialización de la Situación de Chagas en el Municipio

Se explicó a los asistentes que:

- El municipio es considerado zona de riesgo por la presencia del vector en viviendas rurales.
- Se han confirmado casos positivos en años anteriores, lo cual obliga a reforzar la educación comunitaria.
- La detección temprana y el tratamiento oportuno disminuyen el riesgo de complicaciones crónicas.
- Se contextualizó a la comunidad sobre la relevancia de la vigilancia activa y de la búsqueda de casos mediante la toma de muestras.

3. Información Educativa sobre la Enfermedad

a. El agente causal y el vector

- La Enfermedad de Chagas es causada por el parásito *Trypanosoma cruzi*.
- Se explicó el rol del vector Triatoma dimidiata ("pito"), sus características físicas, hábitos nocturnos y sitios de refugio.
- Se mostraron imágenes incluidas en el folleto para facilitar la identificación.

b) Formas de transmisión

- Principal: contacto con heces infectadas del vector tras la picadura.
- Otras: transmisión congénita (madre–bebé), transfusiones, trasplantes y alimentos contaminados.

Se aclaró que no se transmite de persona a persona por contacto casual, evitando estigmatización.

c) Síntomas

- Fase aguda:
- Fiebre, inflamación en el sitio de la picadura, dolor corporal, cansancio.

- Fase crónica:
- Problemas cardíacos, arritmias, agrandamiento del corazón, complicaciones digestivas.
- Se reforzó la importancia de consultar ante cualquier síntoma sospechoso, especialmente en mujeres gestantes y niños.

d) Factores de riesgo en los hogares

- Viviendas con grietas, techos de madera o barro.
- Almacenamiento de leña cerca de la casa.
- Presencia de animales dentro de la vivienda.
- Falta de mantenimiento y limpieza del entorno.

e) Medidas preventivas

- Sellado de grietas y mejoramiento de la vivienda.
- Mantener patios limpios y ordenados.
- Separar gallineros y corrales de la casa.
- Reportar presencia del vector al centro de salud.

4. Explicación sobre la Toma de Muestras y Población Prioritaria

Se informó a la comunidad que el programa realiza tamizaje gratuito, seguro y confidencial. Se explicó que las poblaciones priorizadas según lineamientos nacionales son:

- Niños de 0 a 5 años
- Mujeres en edad fértil de 15 a 45 años
- Mujeres gestantes

Se describió el procedimiento de venopunción, su importancia y los beneficios del diagnóstico temprano.

5. Entrega y Explicación del Folleto Informativo

- Se repartió a cada participante un folleto educativo con:
- Identificación del vector
- Síntomas
- Prevención
- Riesgos del entorno

- Fechas y lugares de toma de muestras

Se explicó cada sección para garantizar comprensión integral.

6. Espacio de Preguntas y Retroalimentación

- La comunidad participó activamente realizando preguntas sobre:
- Cómo identificar el vector.
- Qué hacer si lo encuentran dentro del hogar.
- Complicaciones de la enfermedad.
- Procedimiento para la toma de muestra.
- Se aclararon inquietudes de manera clara y accesible.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒SI ☐NO

Observaciones:

- La comunidad reconoció la importancia de la vigilancia y prevención de la Enfermedad de Chagas, especialmente por ser Ubaque un municipio con antecedentes de casos positivos.
- El taller permitió fortalecer conocimientos sobre el vector, síntomas, factores de riesgo y medidas preventivas.
- La entrega del folleto facilitó la comprensión de la información y servirá como apoyo educativo en los hogares.
- Se motivó a los asistentes a participar en las próximas jornadas de toma de muestras, especialmente las poblaciones priorizadas.
- La sesión evidenció un interés activo por parte de la comunidad y un compromiso con el autocuidado y la prevención.

Se Anexa planilla de asistencia


Gobernación de Cundinamarca
PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL
CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES VOCALES
comunidad en el centro de salud
9 AM
10 AM
ESTUDIOS / GRUPO POBLACIÓN
RESPONSABLE
FIRMA

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**1/11/2025**

INFORMACIÓN GENERAL	
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina	
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR	
Nombres y apellidos: Diana Marcela Herrera	Cargo: Auxiliar de enfermería
Correo electrónico institucional:	Teléfono:
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)	
Grupo de interés asistido: (Dependencia Sector Central, Entidad Descentralizada, Ente Territorial, Otro) Otro: Adultos mayores	
Nombre del beneficiario: Hogar geriátrico centro de producción el cacique	Correo electrónico
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Ubaque Cundinamarca	
Número total de beneficiarios: 13	
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)	
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	
Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca	
ACTIVIDADES REALIZADAS	
1. Bienvenida e introducción La actividad inició con la presentación de la Auxiliar de Enfermería Diana marcela herrera , quien explicó el objetivo del taller y estableció contacto con los adultos mayores y cuidadores, generando un ambiente de confianza y participación.	

2. Socialización sobre la Enfermedad de Chagas
   Se presentó información clara y adaptada sobre:

- Agente causal: *Trypanosoma cruzi*, un parásito que afecta principalmente al corazón y al sistema digestivo.
- Transmisión: Principalmente a través de la picadura de insectos triatominos, pero también puede ser congénita (de madre a hijo), por transfusiones de sangre, trasplantes o alimentos contaminados.
- Síntomas: Inicialmente puede ser leve o inexistente; en fases crónicas puede causar problemas cardiacos, digestivos o neurológicos.
- Importancia de la prevención: Aunque la enfermedad puede ser silenciosa al inicio, la detección temprana permite tratamiento oportuno y evita complicaciones graves.

3. El vector transmisor

- Nombre común: "pito" o "chinche besucona".
- Es nocturno y se alimenta de sangre humana o de animales domésticos.
- Se esconde en grietas de paredes, techos de palma, detrás de muebles o en gallineros.

4. Factores de riesgo domiciliarios y comunitarios

- Vivienda rural con grietas o techos de palma.
- Presencia de animales domésticos dentro de la vivienda o cerca de ella.
- Acumulación de leña u objetos cerca de las paredes, que sirven de refugio al vector.
- Falta de limpieza o desorden en los patios y alrededores de la vivienda.

Explicar estos factores ayuda a que las personas puedan autoevaluar sus hogares y espacios y reducir riesgos.

5. Medidas preventivas y de control

- Mejoramiento de la vivienda: reparación de techos, revoque de paredes, sellado de grietas.
- Control del vector: limpieza de patios, eliminación de criaderos, uso de insecticidas cuando sea necesario.
- Educación y participación comunitaria: compartir información con vecinos y familiares, identificar vectores y reportarlos a las autoridades de salud.

- Higiene y manejo de animales domésticos: mantener los gallineros y corrales a cierta distancia de la vivienda.

6. Tamizaje, diagnóstico y seguimiento

- Explicar la importancia de participar en las jornadas de tamizaje, sobre todo en poblaciones vulnerables como mujeres gestantes y personas mayores.
- Informar sobre la forma de toma de muestras (sangre) y la confidencialidad de los resultados.
- Reforzar que la detección temprana permite tratamiento oportuno y previene complicaciones graves.

7. Participación comunitaria

- Motivar a la comunidad a involucrarse en la vigilancia y control del vector.
- Explicar que cada persona puede contribuir informando sobre la presencia del vector, mejorando las condiciones de la vivienda y participando en jornadas educativas.
- Fomentar la difusión de la información a familiares y vecinos, reforzando el efecto preventivo comunitario.

8. Espacio de participación y experiencias

Los adultos mayores compartieron sus vivencias y percepciones sobre la enfermedad y la convivencia con los factores de riesgo, lo que permitió reforzar la importancia de la prevención y la identificación temprana de vectores

9. Actividad lúdica

Como estrategia de enseñanza participativa, los asistentes realizaron una actividad de coloreado del vector transmisor, reforzando el aprendizaje de manera interactiva y amena.

CONCLUSIONES

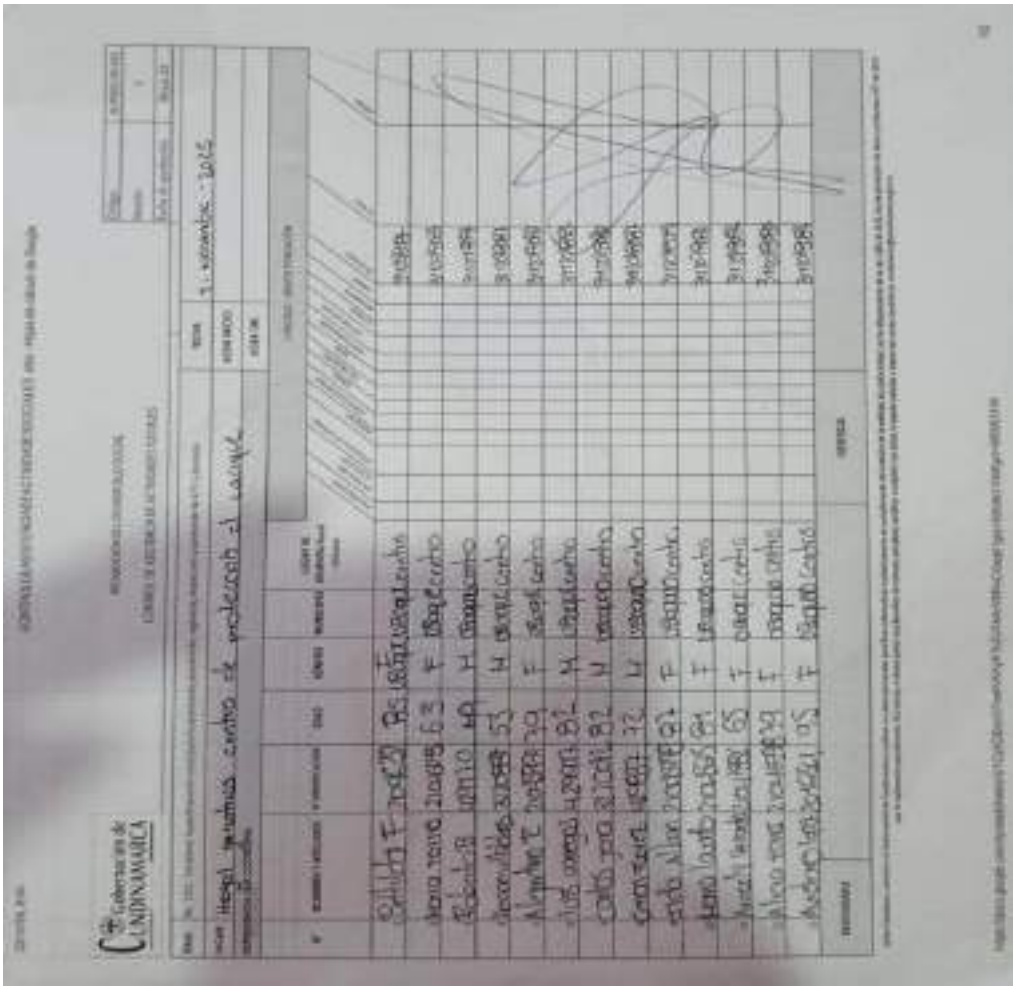
Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒SI ☐NO

Observaciones: La actividad permitió sensibilizar a los adultos mayores y a los cuidadores sobre la prevención de la Enfermedad de Chagas, reforzando la educación en salud de forma participativa.

Las dinámicas lúdicas facilitaron la identificación del vector y la comprensión de los riesgos asociados a la enfermedad.

Se promovió la participación comunitaria y familiar, fortaleciendo la vigilancia activa y el compromiso con las medidas preventivas en el hogar geriátrico

Se Anexa planilla de asistencia



FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 1

LUGAR: Geriátrico Centro de producción el cacique

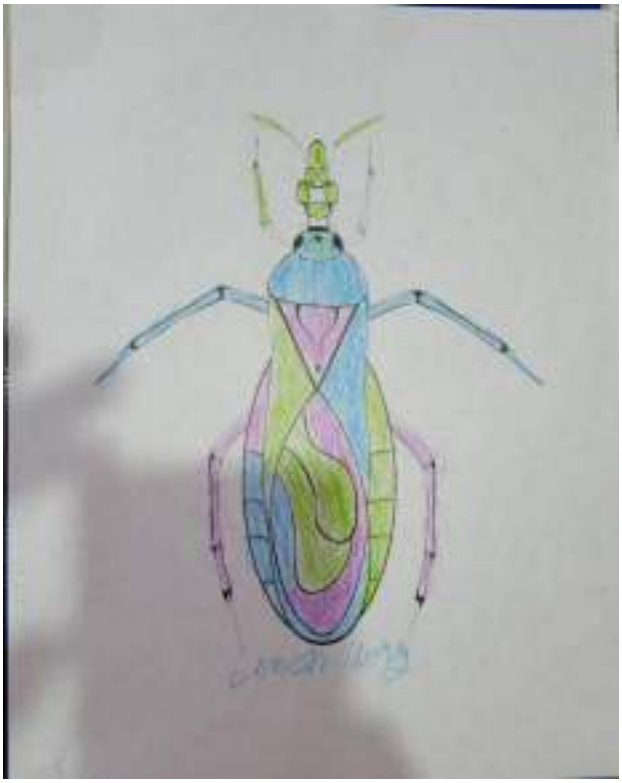
EVENTO: Taller 1 chagas

FOTO N° de

PROVINCIA: Oriente

Fecha de toma (1/11/2025):







Observaciones:

El 1 de noviembre se llevó a cabo una jornada educativa sobre la enfermedad de Chagas en el Geriátrico Producción El Cacique. Durante la actividad, se brindó información adaptada al adulto mayor sobre la enfermedad y, como recurso pedagógico, se les entregó un dibujo alusivo al tema para colorear.

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**02/11/2025**

INFORMACIÓN GENERAL		
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina		
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD		
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA		
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR		
Nombres y apellidos: Lorena Varela	Cargo: Auxiliar Enfermería	
Correo electrónico institucional:	Teléfono: 3138754405	
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)		
Grupo de interés asistido: Otro Madres cabeza de familia		
Nombre del beneficiario: renta ciudadana	Correo electrónico	
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Fomeque Cundinamarca		
Número total de beneficiarios: 13		
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA		
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA		
ACTIVIDADES REALIZADAS		

1. Bienvenida e Introducción

La Auxiliar de Enfermería Lorena Varela presentó al equipo facilitador y explicó los objetivos del taller. Se resaltó la importancia de la prevención de la Enfermedad de Chagas y del papel activo de las madres cabeza de hogar en la protección de sus hogares y familias. Se motivó la participación activa, destacando que la capacitación les permitiría identificar riesgos, proteger a sus hijos y vecinos y contribuir a la vigilancia comunitaria.

2. Capacitación Técnica sobre la Enfermedad de Chagas

Se abordaron los siguientes temas, adaptados al nivel de comprensión de la población:

a) Agente causal y características de la enfermedad

- Causada por el parásito *Trypanosoma cruzi*.
- Enfermedad crónica y progresiva que afecta principalmente el corazón y el sistema digestivo.
- Explicación de la fase aguda (síntomas leves o inespecíficos) y la fase crónica (complicaciones cardíacas y digestivas).

b) Vector transmisor

- Triatoma dimidiata y Rhodnius prolixus.
- Características físicas y comportamiento nocturno.
- Hábitats: grietas en paredes, techos de palma, gallineros, depósitos de leña.
- Importancia de identificación visual mediante imágenes y actividad lúdica.

c) Formas de transmisión

- Principal: picadura del vector infectado.
- Secundarias: transmisión congénita (madre a hijo), transfusiones, trasplantes y alimentos contaminados.
- Se aclaró que no se transmite por contacto casual, evitando estigmatización de afectados.

d) Síntomas y signos de alerta

- Fase aguda: fiebre, malestar general, inflamación en sitio de picadura, dolor abdominal, fatiga.
- Fase crónica: arritmias, insuficiencia cardíaca, megacolon o megaesófago.
- Enfatizar la consulta inmediata con personal de salud ante síntomas sospechosos, especialmente en mujeres gestantes y niños.

3. Factores de Riesgo y Medidas Preventivas en el Hogar

- Factores de riesgo domiciliarios:
- Techos de palma, grietas en paredes, acumulación de leña.
- Presencia de animales domésticos cerca de la vivienda.
- Desorden y suciedad en patios y áreas cercanas a la casa.

- Medidas preventivas y autocuidado:
- Mejoramiento del hogar: sellado de grietas, reparación de techos, revoque de paredes.
- Limpieza de patios y eliminación de criaderos del vector.
- Higiene y ubicación adecuada de animales domésticos.
- Participación activa de la comunidad: informar y sensibilizar vecinos sobre riesgos y vectores.
- Uso seguro de insecticidas con supervisión del personal de salud.

4. Diagnóstico, Tamizaje y Seguimiento de Casos

- Explicación de la importancia de las jornadas de toma de muestras.
- Procedimiento de extracción de sangre y análisis de laboratorio.
- La detección temprana permite iniciar tratamiento oportuno y prevenir complicaciones graves.
- Promover el reporte de vectores y casos sospechosos a las autoridades de salud locales.

5. Dinámica Participativa

- Actividad de identificación del vector Triatoma dimidiata, reforzando la identificación visual.
- Ejercicio de reconocimiento de riesgos en imágenes de hogares típicos, promoviendo discusión sobre cómo reducir peligros.

6. Entrega de Material Educativo

- Folletos con información resumida sobre la enfermedad, medidas preventivas, identificación del vector y tamizaje.
- Se entregó material adaptado para uso en hogares y réplica comunitaria.

7. Espacio de Preguntas y Experiencias

- Las participantes compartieron experiencias personales y conocimientos previos sobre Chagas.
- Se resolvieron dudas sobre prevención, autocuidado, participación comunitaria y reportes de vectores.

8. Metodología Utilizada

- Educación participativa y diálogo activo.
- Material visual y folletos educativos.
- Dinámicas lúdicas y prácticas (coloreado e identificación de riesgos).
- Enfoque adaptado al público para fomentar participación activa y aprendizaje significativo.

9. Resultados

- Participación activa de todas las madres cabeza de hogar presentes.
- Mayor conocimiento sobre síntomas, riesgos, prevención y autocuidado.
- Entrega de material educativo y compromiso comunitario para vigilancia y control del vector.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒SI ☐NO

Observaciones:

- La capacitación permitió fortalecer el conocimiento técnico y práctico sobre la Enfermedad de Chagas.
- Las dinámicas participativas facilitaron la comprensión y retención de información.
- Se promovió el compromiso de las participantes para vigilar sus hogares, informar sobre vectores y participar en futuras jornadas de tamizaje.

La entrega de material educativo reforzó la capacidad de replicar la información en la comunidad

Se Anexa planilla de asistencia

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA: No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis

FECHA: 02/11/2025

LUGAR: Salon parroquial renta ciudadana

HORA INICIO: 9:00 AM

DEPENDENCIA QUE COORDINA:

HORA FIN: 12:00 pm

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN														TELEFONO	E-MAIL	FIRMA
							DISCAPACIDAD	VICTIMAS DEL CONFLICTO	VICTIMAS DE GENERO	MIGRANTE	AFRODESCENDIENTE	INDIGENA	ROM	HABITANTE DE CALLE	ETNIA	CAMPESINO	MADRE GESTANTE	MADRE LACTANTE	NIÑEZ	ADULTO MAYOR			
1	Paola velasquez	1014180855	31	F	Fomeque	centro															3028193814		Jenny velasquez
2	Joel velasquez	1031662709	4	M	Fomeque	centro															3028193814		Jenny velasquez
3	Maicela velasco	52985283	42	F	Fomeque	centro															3144108685		Jady N.
4	Santiago Jara	1070630365	5	M	Fomeq	Centro															3149157085		Jady N.
5	Alejandra Jara	1072111214	9	F	Fomeq	Centro															3149157085		Jady N.
6	Valeria Camila Tolles R.	1071631350	11	F	Fomeq	Rionegro															3142239659		yudy Rodriguez
7	Joel Santiago sanchez R.	1071633016	3meses	M	Fomeq	Rionegro															3142239659		yudy Rodriguez
8	Angel Ariel Riaño Ramos	1071679483	5	M	Fomeque	El porvenir															3029999235		Angie Ramos
9	Juan Alexis Ramos Agudelo	1071632055	8	M	Fomeque	El porvenir															3029999235		Angie Ramos
10	Angie Daniela Ramos Agudelo	1071631757	17	F	Fomeque	El porvenir															3029999235		Angie Ramos
11	Johan Ocampo	1071629662	19	F	Fomeq	Delgado															3172222962		Johan ocampo
12	Blanca Nelly [illegible]	39732	40	F	Fomeque	Rionegro															3142239659		[illegible]
13	Yuly Andrea	1000614038	22	F	Fomeque	Urb															3124206429		Kimberly Andrea.

RESPONSABLE: Lorena Varela

GERENCIA:

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº1

LUGAR: Salón Parroquial Fomeque

EVENTO: Taller sobre el chagas

FOTO N° de

PROVINCIA: Oriente

Fecha de toma (02/11/2025):





FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS



Observaciones:

El 2 de noviembre de 2025 se registró evidencia fotográfica de la jornada desarrollada en el salón parroquial de Fómeque, con la participación de madres cabeza de familia. Durante la actividad se realizó una socialización técnica sobre la enfermedad de Chagas, abordando su transmisión, manifestaciones clínicas y riesgos asociados. Asimismo, se enfatizó en la relevancia epidemiológica de la toma de muestras para el tamizaje oportuno y la detección precoz de la infección.

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**8/11/2025**

INFORMACIÓN GENERAL		
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina		
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD		
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA		
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR		
Nombres y apellidos: Diana Marcela Herrera	Cargo: Auxiliar de enfermería	
Correo electrónico institucional:	Teléfono:	
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)		
Grupo de interés asistido: Otro		
Nombre del beneficiario: Comunidad del municipio de ubaque	Correo electrónico	
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Ubaque Cundinamarca		
Número total de beneficiarios: 10		
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA		
Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)		
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA		
Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca		
ACTIVIDADES REALIZADAS		

1. Bienvenida e introducción

   La Auxiliar de Enfermería inició la actividad presentando al equipo y explicando los objetivos del taller. Se agradeció la participación de la comunidad en el marco de la celebración del Día de la Mujer y se motivó a las asistentes a participar activamente en la jornada.
2. Socialización sobre la Enfermedad de Chagas

Durante la socialización, se abordaron los siguientes aspectos de manera detallada, con ejemplos prácticos y lenguaje adaptado a la población:

a) Introducción a la Enfermedad

Se explicó que la Enfermedad de Chagas es causada por el parásito *Trypanosoma cruzi*, que afecta principalmente el corazón y el sistema digestivo.

Se mencionó que es considerada una enfermedad de alta relevancia en salud pública en zonas rurales endémicas y que puede tener fases agudas y crónicas, con síntomas leves al inicio o complicaciones graves en el tiempo.

b) Vector transmisor

Se presentó al vector principal, el insecto Triatoma dimidiata (conocido como "pito"), y se mencionó que en algunas regiones también actúa Rhodnius prolixus.

Se detallaron las características físicas del vector, su comportamiento nocturno, y los lugares donde se esconde, como grietas en paredes, techos de palma, gallineros o depósitos de leña.

Se reforzó la importancia de poder identificar al insecto visualmente, con apoyo de imágenes y la actividad lúdica de coloreado para adultos mayores y cuidadores.

c) Formas de transmisión

Principal: a través de la picadura del vector infectado.

Secundarias: transmisión congénita (de madre a hijo), transfusiones de sangre, trasplantes de órganos o alimentos contaminados.

Se enfatizó que no se transmite de persona a persona por contacto casual, para evitar estigmatización.

d) Síntomas y signos de alerta

Fase aguda: fiebre, malestar general, inflamación en el sitio de la picadura, fatiga, dolor abdominal.

Fase crónica: complicaciones cardíacas (arritmias, insuficiencia cardíaca), digestivas (megacolon, megaesófago) o neurológicas.

Se hizo énfasis en la importancia de consultar al personal de salud ante cualquier síntoma sospechoso, especialmente en adultos mayores y mujeres gestantes.

e) Factores de riesgo

Viviendas rurales con techos de palma, grietas en paredes, almacenamiento de leña.

Presencia de animales domésticos dentro o cerca del hogar (perros, gatos, aves).

Falta de limpieza en patios y entornos inmediatos que favorezcan la proliferación del vector.

Se mencionó que la identificación de riesgos en el hogar y su corrección es clave para prevenir la enfermedad.

f) Medidas preventivas

Mejoramiento de la vivienda: reparación de techos, sellado de grietas, revoque de paredes.

Control vectorial: limpieza de patios, eliminación de criaderos y aplicación de insecticidas bajo supervisión del personal de salud.

Educación y participación comunitaria: sensibilizar familiares y vecinos sobre la identificación del vector y medidas preventivas.

Higiene y manejo de animales domésticos: mantener los gallineros y corrales a distancia de la vivienda.

g) Diagnóstico y tamizaje

Se explicó la importancia de participar en las jornadas de toma de muestras, especialmente en mujeres gestantes, adultos mayores y personas en zonas endémicas.

Se detalló cómo se realiza la toma de muestra (extracción de sangre de forma segura y confidencial).

Se reforzó que el diagnóstico oportuno permite iniciar tratamiento a tiempo, evitando complicaciones graves.

h) Participación comunitaria

Se motivó a la comunidad a vigilar la presencia del vector en sus hogares y reportarla.

Se invitó a difundir la información a familiares y vecinos, fomentando la prevención y el control colectivo.

Se destacó que la educación en salud es un factor clave para reducir la incidencia de Chagas en el municipio.

3. Entrega de material educativo

   Se distribuyeron folletos explicativos con información resumida sobre Chagas, medidas preventivas, síntomas y la importancia del tamizaje.

4. Información sobre tamizaje y toma de muestras

   Se explicaron fechas, lugares y población prioritaria para la toma de muestras, enfatizando la participación activa en las jornadas de diagnóstico oportuno.

5. Espacio de participación y experiencias

   Las asistentes compartieron experiencias personales y conocimientos previos sobre la enfermedad, generando un diálogo participativo que permitió reforzar mensajes clave y resolver dudas.

6. Cierre y actividad lúdica

   Se realizó una dinámica de identificación visual del vector, donde las participantes colorearon imágenes del Triatoma dimidiata, consolidando el aprendizaje de manera práctica y amena.

7. Metodología Utilizada

- Educación participativa: diálogo y escucha activa.
- Material visual y folletos: apoyo para reforzar conceptos.
- Enfoque comunitario: adaptación al público, fomentando la interacción y la participación activa.

8. Resultados

- Participación activa de la comunidad en la socialización de la enfermedad y medidas preventivas.
- Entrega de material educativo a 10 participantes.
- Mayor conocimiento sobre síntomas, riesgos y prevención del Chagas.
- Compromiso de los asistentes de participar en las próximas jornadas de tamizaje y vigilancia del vector.

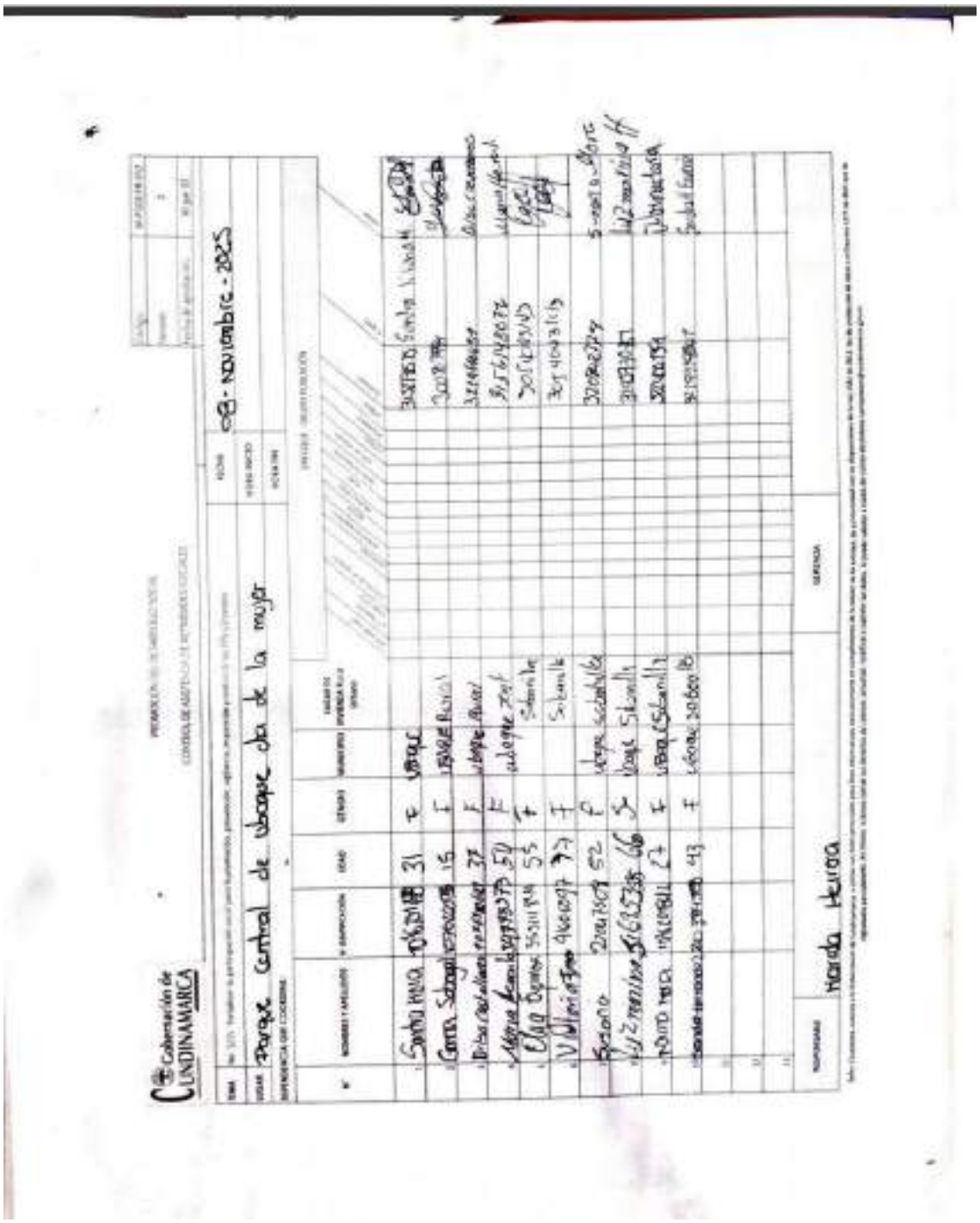
CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒SI ☐NO

Observaciones:

- La actividad contribuyó al fortalecimiento de la educación en salud sobre la Enfermedad de Chagas en la comunidad de Ubaque.
- Las dinámicas participativas facilitaron la comprensión del tema y la identificación del vector.
- La entrega de material educativo y la socialización sobre el tamizaje promovieron la participación comunitaria en acciones de prevención y control.

Se Anexa planilla de asistencia



FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº2

LUGAR: Parque principal de Ubaque

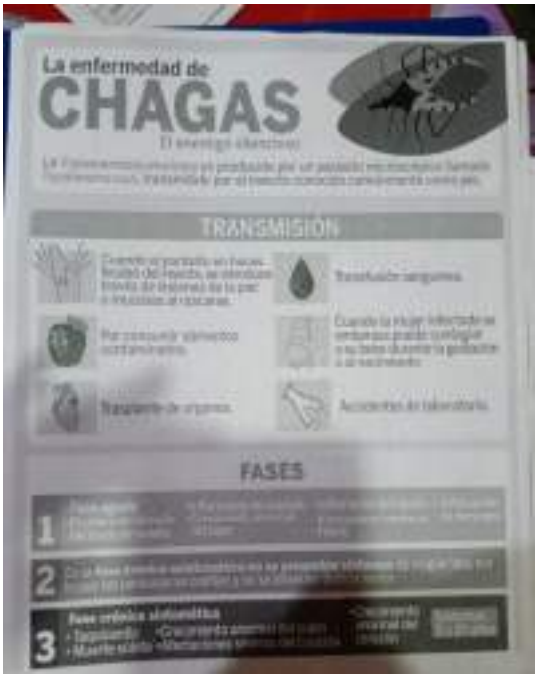
EVENTO: Taller 2 Chagas

FOTO N° de

PROVINCIA: Oriente

Fecha de toma (08/11/2025)







Observaciones:

El 8 de noviembre se realizó una jornada educativa en el parque de Ubaque, dirigida a las personas presentes en el lugar. Durante la actividad se proporcionó información sobre la enfermedad de Chagas y se entregó material educativo en formato de folleto para reforzar los contenidos abordados.

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**12/11/2025**

INFORMACIÓN GENERAL		
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina		
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD		
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA		
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR		
Nombres y apellidos: Lorena Varela	Cargo: Auxiliar de Enfermería	
Correo electrónico institucional:	Teléfono:	
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)		
Grupo de interés asistido: Entidad Descentralizada		
Nombre del beneficiario: Estudiantes del colegio Idemag	Correo electrónico:	
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Fomeque		
Número total de beneficiarios: 32		
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA		
Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)		
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA		
Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca		
ACTIVIDADES REALIZADAS		

1. Bienvenida e Introducción

La Auxiliar de Enfermería dio la bienvenida a los estudiantes, presentó al equipo facilitador y explicó los objetivos del taller. Se destacó la importancia de aprender a identificar el vector y prevenir la Enfermedad de Chagas dentro de sus hogares y comunidades.

2. Presentación de la Cartelera Visual

- Se utilizó una cartelera ilustrativa para mostrar el vector Triatoma dimidiata y sus características.
- Se explicaron de manera adaptada al nivel de los estudiantes los hábitos del vector, lugares donde se esconde y formas de transmisión.
- Se resaltó la importancia de informar a los adultos sobre la prevención y la vigilancia del vector.

3. Actividad Lúdica: Sopa de Letras en Grupo

- Se realizó una sopa de letras temática, con palabras relacionadas con Chagas, vector, prevención y autocuidado.
- Los estudiantes trabajaron en grupos, promoviendo trabajo en equipo, aprendizaje activo y retención de conceptos.

4. Consentimiento Informado

Se entregó el consentimiento informado a la docente del grupo para que lo llevara a los padres de familia, explicando la importancia de su autorización para posibles futuras actividades de tamizaje o seguimiento.

5. Espacio de Preguntas y Reflexión

- Los estudiantes realizaron preguntas y compartieron ideas sobre cómo proteger sus hogares y comunidades.
- Se reforzaron conceptos de prevención en el hogar, limpieza de patios y vigilancia del vector.

6. Cierre y Conclusiones

- La actividad permitió sensibilizar a los 32 estudiantes del grado 702 sobre la Enfermedad de Chagas de manera lúdica y participativa.
- La combinación de cartelera visual, actividad de sopa de letras y trabajo en grupo facilitó la comprensión y retención del mensaje.
- Se promovió la participación activa de los padres de familia mediante el consentimiento informado y la réplica de información en casa.

7. Metodología Utilizada

- Educación participativa y adaptada al nivel escolar.
- Material visual: cartelera ilustrativa del vector y la enfermedad.
- Dinámica lúdica: sopa de letras en grupo.
- Enfoque de trabajo en equipo y aprendizaje activo.
- Involucramiento familiar mediante consentimiento informado.

8. Resultados

- Total de estudiantes sensibilizados: 32
- Mayor conocimiento sobre el vector, formas de transmisión, factores de riesgo y prevención.
- Participación activa en actividad lúdica y trabajo en grupo.
- Consentimiento informado entregado a la docente para seguimiento con padres de familia.

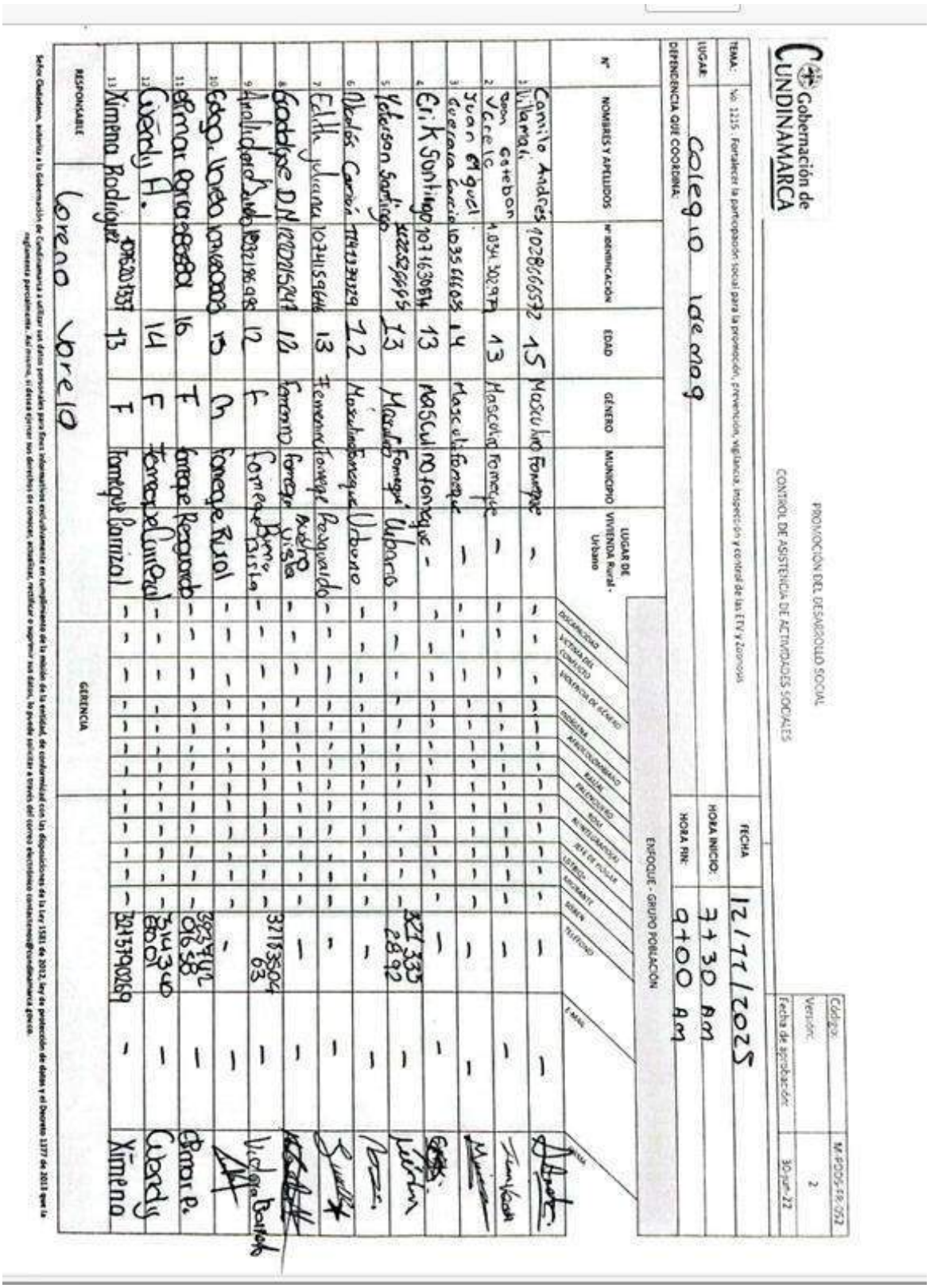
CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒SI ☐NO

Observaciones:

- La actividad permitió sensibilizar a los 32 estudiantes del grado 702 sobre la Enfermedad de Chagas de manera lúdica y participativa.
- La combinación de cartelera visual, actividad de sopa de letras y trabajo en grupo facilitó la comprensión y retención del mensaje.
- Se promovió la participación activa de los padres de familia mediante el consentimiento informado y la réplica de información en casa.

Se Anexa planilla de asistencia



Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código: M-PDS-FR-052 | Versión: 2 | Fecha de aprobación: 30-jun-22

TEMA: Vol. 1225: Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y zoonosis

LUGAR: Colegio Idem 9

DEPENDENCIA QUE COORDINA:

FECHA: 12/11/2025

HORA INICIO: 7:30 Am

HORA FIN: 9:00 Am

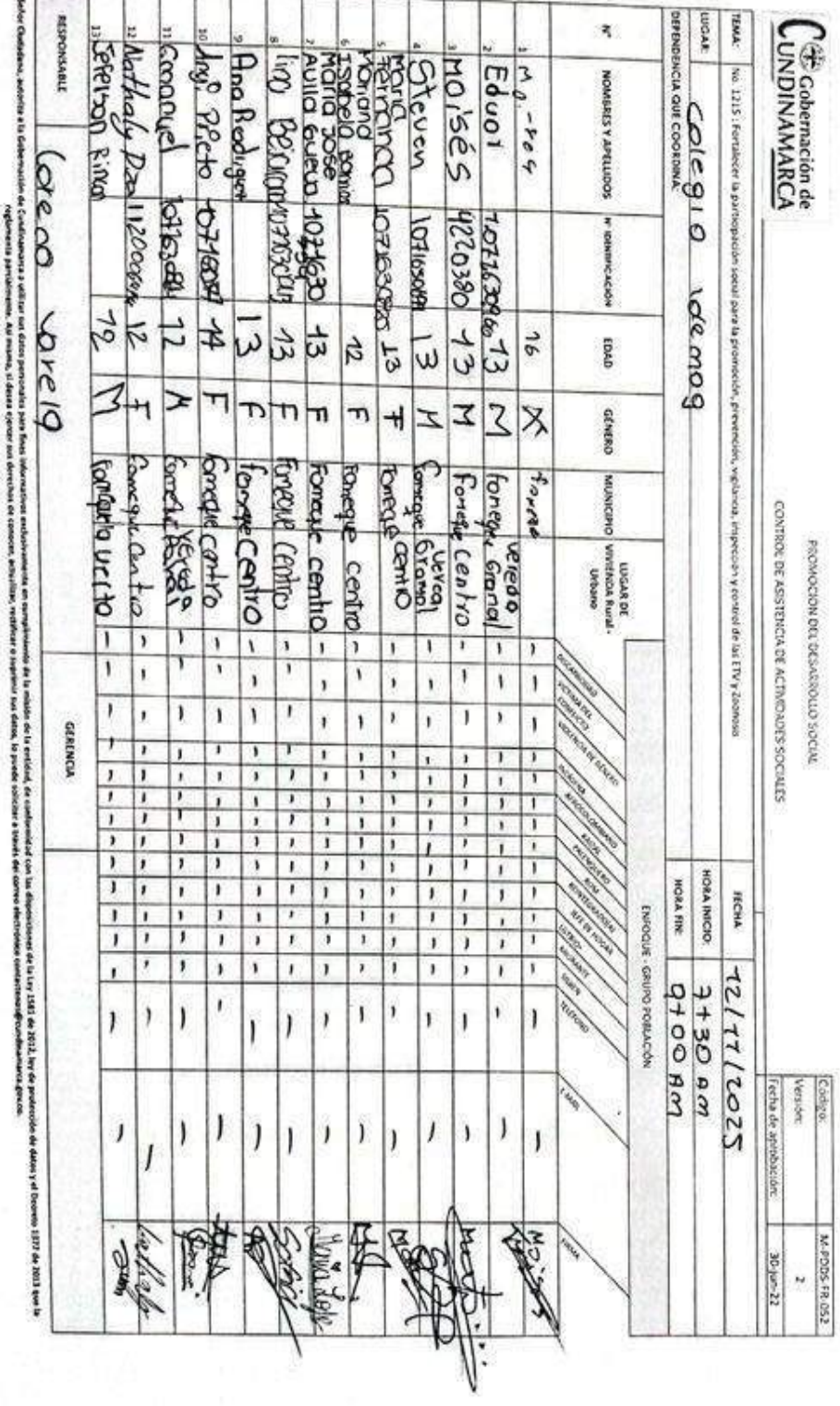
ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	MIGRANTE	AFROCOLOMBIANO	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	ALFABETIZACIÓN	JEFE DE HOGAR	LGTBIQ+	MIGRANTE	DOMICILIO	TELÉFONO	E-MAIL	FIRMA
1	Camilo Andres Villamil	1028006572	15	Masculino	Fomeque	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2	Juan Esteban Valencia	1.094.308.979	13	Masculino	Fomeque	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
3	Geraldine Garcia	1035611025	14	Masculino	Fomeque	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
4	Erik Santiago	1071630614	13	Masculino	Fomeque	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
5	Yeferson Santiago	1122529665	13	Masculino	Fomeque	Urbano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	321 335 2892	-	
6	Noelia Garcia	1141331129	12	Masculino	Fomeque	Urbano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
7	Edith Julieth	1024159644	13	Femenino	Fomeque	Resguardo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
8	Godofredo DN	1120015241	12	Femenino	Fomeque	Rural Vista Hermosa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3211350463	-	
9	Anabel Sofia	1032186498	12	F	Fomeque	Bucio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
10	Edgar Yesid	1000000015	15	M	Fomeque	Rural	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3231402	-	
11	Omar Ramos	1000000016	16	F	Fomeque	Resguardo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3106588	-	
12	Cuendy A.		14	F	Fomeque	Centro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3144340	-	
13	Ximena Rodriguez	1052801357	13	F	Fomeque	Barrio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3015790869	-	

RESPONSABLE: Lorena Lorelo

GERENCIA

Señor Ciudadano, autorizo a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, le daras ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co.



Gobernación de Cundinamarca

PROMOCION DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código: M-PDDS-FR-052
Versión: 2
Fecha de aprobación: 30-jun-22

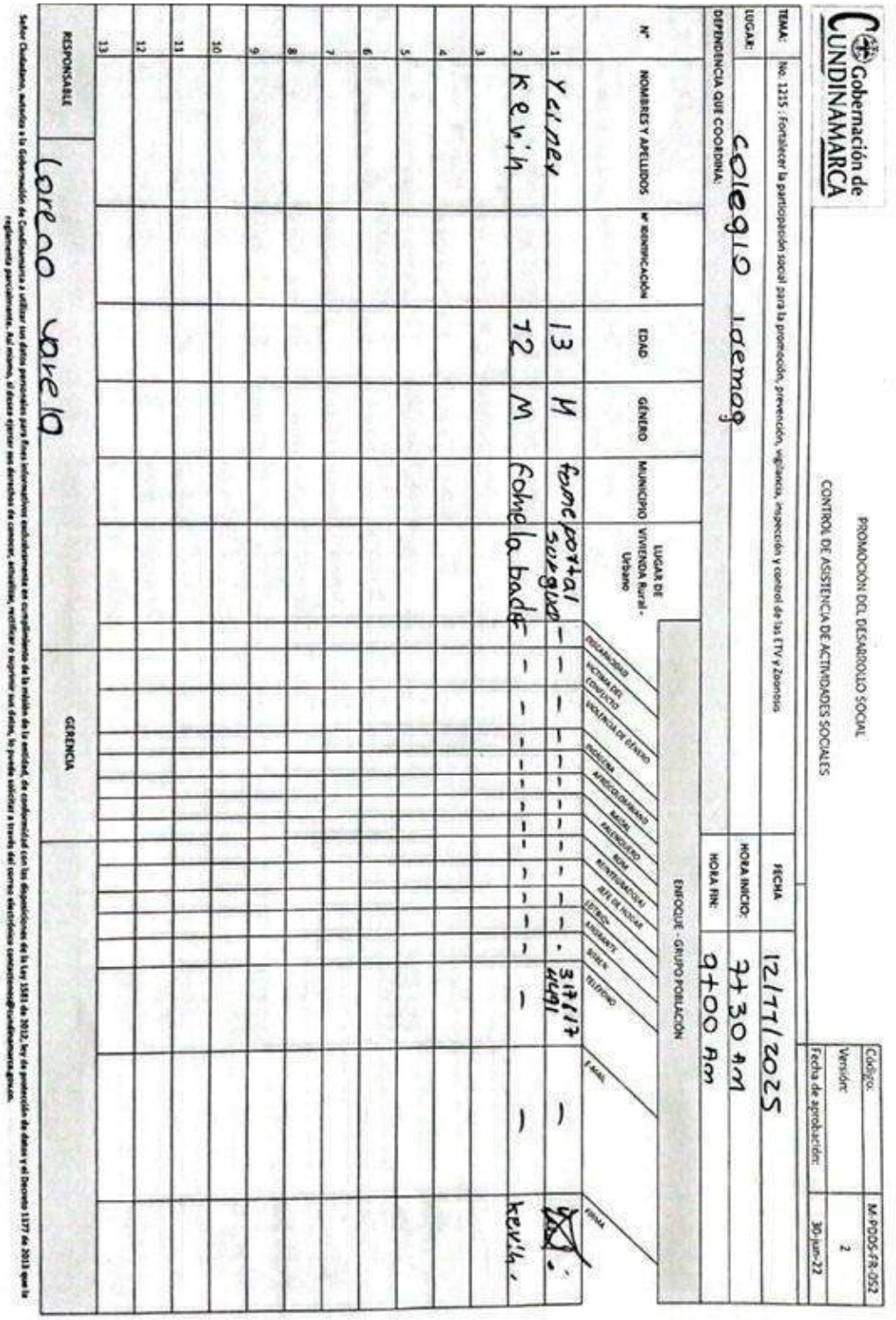
TEMA: No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETVs y Zoonosis
FECHA: 12/11/2025
LUGAR: colegio Idemog
HORA INICIO: 2+30 p.m
HORA FIN: 9+00 am
DEPENDENCIA QUE COORDINA:
ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACION	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO	INDIGENA	AFRODESCENDIENTE	ROM	PADRE CABEZA DE HOGAR	NIÑ@ INTERNO/A EN HOGAR SUSTITUTO	LGTBIQ+ MIGRANTE	GESTANTE	LACTANTE	1 MES	FIRMA
1	M.J. -2004		16	X	Fonzoque	Veredo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
2	Eduol	1.07163996	13	M	fonzoque Granal		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
3	Moisés	1220380	13	M	Fonzoque Centro		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
4	Steven	1071650	13	M	Fonzoque Centro	Veredal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
5	[illegible]	1071650	13	F	Fonzoque centro		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
6	[illegible]		12	F	Fonzoque centro		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
7	[illegible]						-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
8	[illegible]		13	F	Fonzoque centro		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
9	Ana Rodriguez		13	F	fonzoque Centro		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
10	Ang. Picto	1071650	14	F	fonzoque centro		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
11	Emanuel	1071650	12	M	fonzoque Centro		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
12	Nathaly Paz	1120000	12	F	fonzoque centro		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
13	Jeferson Rincon		12	M	fonzoque centro		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

RESPONSABLE: Colegio Idem

GERENCIA

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co.



Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código: M-PDDS-FR-052
Versión: 2
Fecha de aprobación: 30-jun-22

TEMA: No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis

FECHA: 12/11/2025

LUGAR: colegio idemag

HORA INICIO: 7:30 am

DEPENDENCIA QUE COORDINA:

HORA FIN: 9:00 Am

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN																TELÉFONO	E MAIL	FIRMA
							DESPLAZADOS	VICTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	MUJER	PALENQUERO	ROM	DESPLAZADO	ADULTO MAYOR	LESBIANA	HOMOSEXUAL	SORDA	TELEFONO						
1	Yeimer		13	M	Fusc	portal sur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3171174491	-	
2	Kevin		72	M	Fusc	la bade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	kevin
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									

RESPONSABLE: Lorena Varela

GERENCIA

Señor Ciudadano, autorizo a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, el deseo ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puedo solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co.

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA: No 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis

FECHA: 12/11/2025

LUGAR: colegio idemag

HORA INICIO: 7:30 AM

HORA FIN: 9:00 AM

DEPENDENCIA QUE COORDINA:

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN																FIRMA
							DISCAPACIDAD	VÍCTIMA DEL CONFLICTO	HABITANTE DE CALLE	ETNICO	AFROCOLOMBIANO	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	ADULTO MAYOR	JEFE DE HOGAR	ESTRATO	MIGRANTE	SISBEN	TELEFONO	E-MAIL		
1	Camilo Andrés Villamar	1028666572	15	Masculino	Fonseque	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2	Juan Esteban Correo	1.034.302.975	13	Masculo	Fonseque	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
3	Juan Miguel Guevara Facio	1035666035	14	Masculi	Fonseque	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
4	Erik Santiago	1071630814	13	MASCU	NO fonseque	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
5	Yoberson Santiago	1122527665	13	Mascu	Fonsequ	Urbano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	321 335 2892	-	-	
6	Nicolás Cariza	1149379329	12	Masculino	Fonseque	Urbano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
7	Edith juliana	1074159644	13	Femenino	Fonsequ	Resguardo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
8	Guadalupe D M	1120815249	12	Femenino	Fonsequ	Centro Vista	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
9	Anallidoris Barbo	1032196995	12	F	Fonsequ	Centro Vista	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3216350463	-	-	
10	Edgar Varela	1074820003	15	M	Fonseque	Rural	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
11	Elmar Garcia	[illegible]	16	F	Fonseque	Resguardo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3233402 91638	-	Elmar P.	
12	Wendy A.		14	F	Fonseque	Cumpal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3143402 8001	-	Wendy	
13	Ximena Rodriguez	1076201337	13	F	Fonseque	Carrizal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3243790269	-	Ximena	

RESPONSABLE: Lorena Varela

GERENCIA:

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº2

LUGAR: Institución educativa IDEMAG

EVENTO: Taller 2 Chagas

FOTO N° de

PROVINCIA: Oriente

Fecha de toma (12/11/2025):







Observaciones:

El 12 de noviembre se obtuvo registro fotográfico en la Institución Educativa IDEMAG, durante la jornada realizada con los 32 estudiantes del curso 702. En este espacio se llevó a cabo una socialización sobre la enfermedad de Chagas, abordando sus mecanismos de transmisión y medidas de prevención. Posteriormente, los estudiantes desarrollaron una actividad pedagógica consistente en una sopa de letras temática para reforzar los conceptos trabajados.

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**10/11/2025**

INFORMACIÓN GENERAL

Medio de Asistencia Técnica:

☒Campo ☐Virtual ☐Oficina

DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD

DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR

Nombres y apellidos: Diana Marcela Herrera	Cargo: Auxiliar de enfermería
Correo electrónico institucional:	Teléfono:

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO
(Solicitante o uno de los beneficiarios)

Grupo de interés asistido: Entidad Descentralizada

Nombre del beneficiario: Consejo Municipal de Ubaque	Correo electrónico: No aplica

Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Ubaque Cundinamarca

Número total de beneficiarios: 10

TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)

OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecimiento de las capacidades técnicas de las enfermedades transmisibles en el departamento de Cundinamarca

ACTIVIDADES REALIZADAS

1. Bienvenida e introducción

La Auxiliar de Enfermería presentó al equipo facilitador, explicó los objetivos del taller y destacó la importancia de la participación de los integrantes del Consejo para fortalecer la prevención y control del Chagas y otras ETV en el municipio.

2. Socialización técnica sobre la Enfermedad de Chagas

Se abordaron los siguientes aspectos de manera detallada, con enfoque técnico y participativo:

a) Introducción a la Enfermedad

- Agente causal: *Trypanosoma cruzi*.
- Relevancia epidemiológica y fases aguda y crónica.
- Impacto en la salud pública y población vulnerable (mujeres gestantes, adultos mayores).

b) Vector transmisor

- Triatoma dimidiata y Rhodnius prolixus: características, hábitos nocturnos, refugios comunes.
- Identificación visual del vector mediante imágenes y material educativo.

c) Formas de transmisión

- Picadura del vector, transmisión congénita, transfusiones de sangre, trasplantes y alimentos contaminados.
- Aclaración: no se transmite por contacto casual entre personas.

d) Síntomas y signos de alerta

- Fase aguda: fiebre, inflamación en el sitio de la picadura, fatiga, dolor abdominal.
- Fase crónica: complicaciones cardíacas, digestivas y neurológicas.
- Importancia de la consulta temprana y detección oportuna.

e) Factores de riesgo

- Viviendas con techos de palma, grietas, almacenamiento de leña.
- Presencia de animales domésticos cerca del hogar.
- Falta de limpieza y orden en patios y alrededores.

f) Medidas preventivas

- Mejoramiento de vivienda y control de grietas.
- Limpieza de patios y eliminación de criaderos del vector.
- Educación familiar y comunitaria para prevenir la presencia del vector.
- Uso de insecticidas bajo supervisión profesional y manejo seguro de animales domésticos.

g) Diagnóstico y tamizaje

- Importancia de participar en jornadas de toma de muestras para identificación temprana de casos.
- Procedimientos de toma de muestra de manera segura y confidencial.
- La detección temprana permite tratamiento oportuno y prevención de complicaciones.

h) Participación del Consejo

- Rol del Consejo Municipal en vigilancia, planificación de estrategias educativas y coordinación intersectorial.
- Apoyo en la organización de jornadas de tamizaje y actividades de sensibilización comunitaria.
- Promoción de la participación comunitaria y reporte oportuno de vectores.

3. Planeación de acciones futuras

- Coordinación de talleres y dinámicas educativas en espacios estratégicos.
- Organización de jornadas de tamizaje y toma de muestras con población prioritaria.
- Monitoreo y seguimiento de hallazgos de vectores y casos especiales.

4. Espacio de preguntas y experiencias

Los integrantes del Consejo compartieron experiencias, sugerencias y plantearon estrategias para fortalecer la educación comunitaria y la vigilancia del vector, generando un diálogo técnico y constructivo.

5. Cierre y compromisos

- Mantener articulación mensual con el Consejo Municipal para seguimiento de casos especiales.
- Coordinar logística y recursos para próximos talleres y jornadas de tamizaje.
- Garantizar la entrega de material educativo y replicación de información en la comunidad.
- Promover la vigilancia activa de vectores y la notificación oportuna de hallazgos.

6. Metodología Utilizada

- Educación participativa y diálogo técnico.

- Material visual y folletos informativos para reforzar conceptos.
- Enfoque técnico-práctico adaptado al rol de los integrantes del Consejo.
- Dinámica de identificación visual del vector como refuerzo práctico.

7. Resultados

- Mayor conocimiento del Consejo sobre Chagas, su transmisión y prevención.
- Identificación de estrategias de articulación intersectorial y comunitaria.
- Compromiso de los miembros para apoyar jornadas de tamizaje y actividades educativas.
- Promoción de vigilancia activa y control del vector a nivel municipal.

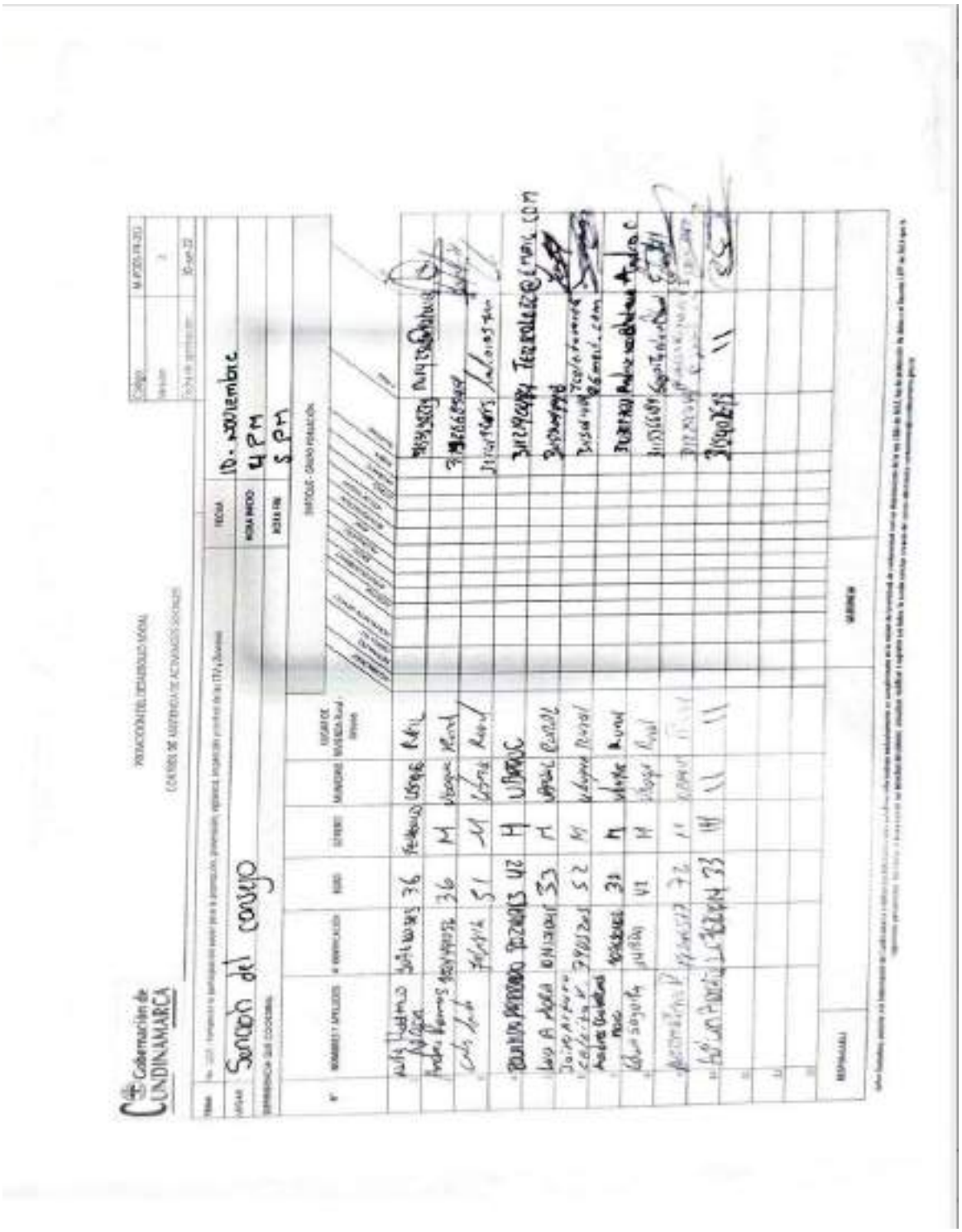
CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒SI ☐NO

Observaciones:

- El taller fortaleció el conocimiento técnico del Consejo Municipal sobre Chagas y otras ETV.
- La participación activa del Consejo permitirá la replicación de información y estrategias preventivas en la comunidad de Ubaque

Se Anexa planilla de asistencia



FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 3 **LUGAR:** Alcaldía de ubaque

EVENTO: Taller 3 Chagas

FOTO N° de **PROVINCIA:** Oriente

Fecha de toma (10/11/2025):







Observaciones:

El 10 de noviembre se desarrolló una jornada informativa dirigida a los concejales de Ubaque. Durante la sesión se presentó una socialización completa sobre la enfermedad de Chagas, incluyendo sus mecanismos de transmisión, factores de riesgo y medidas de prevención. Asimismo, se hizo entrega de material educativo en formato de folleto para reforzar la información suministrada y promover su difusión dentro de la comunidad.

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**10/11/2025**

INFORMACIÓN GENERAL		
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina		
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD		
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA		
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR		
Nombres y apellidos: Lorena Varela	Cargo: Auxiliar de enfermería	
Correo electrónico institucional:	Teléfono:	
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)		
Grupo de interés asistido: Otro Población comerciante de fomeque		
Nombre del beneficiario: Población comerciante	Correo electrónico No aplica	
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Fomeque		
Número total de beneficiarios: 10		

TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)

OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Fortalecer capacidades de autocuidado, identificar riesgos ambientales y promover conductas preventivas relacionadas con la Enfermedad de Chagas.

ACTIVIDADES REALIZADAS

- Bienvenida e introducción por parte de la Auxiliar de Enfermería.
- Presentación, explicación y lectura guiada del folleto informativo.
- Exposición ampliada sobre el vector y la Enfermedad de Chagas.
- Identificación participativa de riesgos en establecimientos comerciales.
- Explicación de medidas individuales, familiares y comunitarias de prevención.
- Consolidación de compromisos con la vigilancia y el reporte oportuno.
- Cierre del taller y entrega formal del material educativo.

1. Bienvenida e introducción

Se inició el taller contextualizando la problemática de Chagas en el territorio, explicando que Fómeque, por su ubicación geográfica y características ambientales (clima, zonas boscosas, viviendas mixtas, bodegas anexas a comercios), presenta condiciones que favorecen la presencia del vector.

Se resaltó el papel fundamental de los comerciantes como:

- Personas con alta movilidad social y contacto permanente con la comunidad.
- Actores capaces de implementar medidas preventivas en locales, bodegas y viviendas.
- Multiplicadores de información segura basada en evidencia.

2. Presentación del folleto informativo

El folleto entregado contenía información estructurada en cinco secciones principales. Durante el taller se realizó una lectura guiada, profundizando en cada parte:

a) Identificación del vector (chinche pito)
- Características físicas (forma, coloración, tamaño).
- Comportamiento nocturno.
- Tendencia a esconderse en grietas, techos de madera, bodegas, detrás de objetos almacenados o entre cajas.

b) Formas de transmisión de la Enfermedad de Chagas
- Explicación del mecanismo principal: contacto de las heces del vector con mucosas o piel lesionada.
- Riesgos asociados al manejo de mercancía, bodegas oscuras, acumulación de material y tránsito entre zonas rurales.

c) Signos y síntomas de alerta
- Fase aguda: fiebre, malestar general, inflamación de zona de ingreso del parásito, síntomas digestivos.
- Fase crónica: alteraciones cardiacas y digestivas.

d) Medidas de prevención en establecimientos comerciales

- Mantener espacios ordenados y libres de acumulación.
- Sellar grietas y mejorar iluminación de bodegas.
- Revisar periódicamente cajas, empaques y materiales almacenados.

e) Vigilancia comunitaria

- Qué hacer si se identifica una chinche sospechosa.
- Cómo capturarla de manera segura.
- Cuándo acudir al centro de salud.

Se enfatizó que el folleto debía conservarse en cada establecimiento como herramienta de consulta, y que los comerciantes podían replicar su contenido en sus hogares.

3. Explicación ampliada sobre el vector y la enfermedad

Se profundizó en aspectos técnicos:

- Relación entre condiciones ambientales del municipio y presencia del vector.
- Importancia del desorden y acumulación como factores de riesgo.
- Supervivencia del vector en zonas oscuras, húmedas o sin ventilación.
- Rol de los animales domésticos y peri-domésticos como atractores del vector.
- Consecuencias de una detección tardía de la enfermedad.

Se emplearon ejemplos concretos sobre situaciones cotidianas en tiendas, depósitos, restaurantes y pequeños comercios, lo que permitió una comprensión contextualizada.

4. Medidas de prevención y control

Se reforzaron recomendaciones concretas:

- Ordenamiento periódico de mercancía y bodegas.
- Limpieza semanal profunda detrás de estanterías.
- Sacudir cajas o empaques que hayan permanecido almacenados.
- Mantener buena ventilación.
- Iluminar áreas poco visibles.
- Evitar acumulación de desechos o materiales que funcionen como refugio.
- Sellado de grietas y revisión del estado de paredes y techos.

Se explicó que la prevención no solo es una responsabilidad individual, sino un proceso compartido entre comerciantes, familias y servicios de salud.

5. Espacio de preguntas

Los comerciantes expresaron dudas relacionadas con:

- Qué hacer si encuentran el vector en horario nocturno o durante el trabajo.
- Riesgo de transmisión para trabajadores que manipulan materiales almacenados por largo tiempo.
- Acciones inmediatas ante la picadura.
- Dónde y cómo reportar el hallazgo.

Todas las preguntas fueron resueltas con orientación técnica clara, reforzando la importancia del reporte oportuno.

6. Cierre y compromisos

El taller finalizó con una reflexión sobre la importancia del rol de los comerciantes como líderes comunitarios.

Se entregaron folletos a cada participante y se establecieron compromisos:

- Implementar medidas preventivas en sus locales.
- Conservar el folleto y compartir su contenido con sus familias.
- Notificar inmediatamente al servicio de salud cualquier hallazgo del vector.
- Promover la vigilancia comunitaria en su entorno.

7. Metodología Utilizada

- Educación participativa: basada en intercambio de experiencias y preguntas guiadas.
- Aprendizaje significativo: relacionando conceptos con situaciones reales de los establecimientos.
- Uso de material didáctico: folleto educativo como herramienta de apoyo.
- Enfoque comunitario: promoción del trabajo colectivo para la vigilancia ambiental.

8. Resultados del Taller

Número de comerciantes capacitados: 10

Incremento del conocimiento sobre:

- Identificación del vector.
- Dinámica de transmisión del parásito.
- Signos de alarma.
- Medidas de prevención en espacios comerciales y en el hogar.
- Apropiación del folleto como herramienta de consulta y difusión.
- Reconocimiento de riesgos reales en los establecimientos.

- Mayor disposición para reportar oportunamente situaciones sospechosas.
- Fortalecimiento de la Red Comunitaria de Vigilancia.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒SI ☐NO

Observaciones:

- El taller permitió fortalecer el conocimiento de los comerciantes sobre la Enfermedad de Chagas, incluyendo identificación del vector, mecanismos de transmisión y medidas de prevención, contribuyendo a mejorar la percepción del riesgo en un grupo poblacional clave por su interacción permanente con la comunidad.
- Se observó alto interés y participación por parte de los comerciantes, quienes realizaron preguntas relacionadas con la detección, manejo y reporte del vector, lo que demuestra apropiación del tema y disposición a colaborar en la vigilancia comunitaria.
- El taller contribuyó directamente al fortalecimiento de la red local de vigilancia para la Enfermedad de Chagas, dado que los comerciantes asumieron el compromiso de reportar cualquier hallazgo sospechoso y de implementar medidas preventivas en sus locales y bodegas.
- La capacitación aportó a la articulación entre el sector salud y los actores comunitarios, creando un canal de comunicación que facilitará futuras actividades de control vectorial, tamizaje o intervención ambiental.

Se Anexa planilla de asistencia

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código: M-POS-FR-052
Versión: 2
Fecha de aprobación: 30-jun-23

TEMA: No. 1215 - Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis
FECHA: 10/Noviembre/2025
LUGAR: comercio
HORA INICIO: 5:00 pm
DEPENDENCIA QUE COORDINA:
HORA FIN: 7:00 pm

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Nº IDENTIFICACIÓN | EDAD | GÉNERO | MUNICIPIO | LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano | ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN | | |

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDS-FR-053
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 - Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	10/Noviembre/2025
LUGAR:	comercio	HORA INICIO:	5:00 PM
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	7:00 PM

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN																	
							DISCAPACIDAD	VICTIMAS DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GENERO	INFANCIA	ADULTO MAYOR	ADULTO	SALUD PUBLICA	ACUM	RETROALIMENTACIÓN	JEFE DE HOGAR	LIDERES	SEGURIDAD	OTRO ?	TELEFONO	E-MAIL	FIRMA
1	Nancy Varila	20'38[illegible]	40	F	Tame	Urbano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		3109554462	-	Nancy
2	Maria Torres	1074137378	47	F	Tame	Rural	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		3204243693	-	Maria
3	Luz Marian	52497524	48	F	Tame	Rural	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		52497524	-	Luz Marian
4	Angie Mendez	1071631690	28	F	Tame	Urbano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		3137161697	-	Natalia Mendez
5	Luz Marian	1069[illegible]	31	F	Tame	Rural	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		3005[illegible]	-	Luz
6	Laura Tame	1071625467	18	F	Tame	Urbano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		3219946207	-	
7	Meliza Pedrigos	1068[illegible]	28	F	Tame	Urbano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		3124522841	-	Meliza P.
8	Sandra Martinez	20-53320	40	F	Tame	rural	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		3214671081	-	Sandra M
9	Manuela Agudelo	1193581048	24	F	Tame	rural	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		3108555803	-	Manuela A
10	Alexandra Muñoz	1122056116	26	F	Tame	urbano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		3136[illegible]	-	Alexandra M.
11																						
12																						
13																						

RESPONSABLE	Doreno Varela	GERENCIA	

Señor Ciudadano, autorizo a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, la puede solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co.

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº3

LUGAR: Comercio de Fomeque

EVENTO: Taller 3 Chagas

FOTO N° de

PROVINCIA: Oriente

Fecha de toma (10/11/2025):






10 nov 2025 6:37:59 p. m.
137° SE
Número de índice: 84


CONOCE MÁS SOBRE LA ENFERMEDAD DEL CHAGAS
Es una enfermedad potencialmente mortal que se transmite por contacto con las heces o la orina de triatominos.
Suelen aparecer en granjas o fincas.
INSECTO TRIATOMINOS
SÍNTOMAS
• Fiebre / Dolor de cabeza.
• En algunos casos "ojo en compota".
• Vómitos / Falta de apetito.
• Inflamación de ganglios.
• Taquicardia / Malestar general.
• Diarrea.
¿CÓMO PREVENIRLO?
• Mantener limpio y ordenado el interior de la vivienda.
• Cambiar de lugar la ropa, cajas, alimentos, por lo menos cuatro veces al año.
• Eliminar grietas en las paredes de la vivienda para evitar la anidación del insecto.
• Los depósitos de cereales y otros, deben construirse alejados de la vivienda.
• También se debe alejar de la casa y los corrales de animales.
• Controlar la proliferación de la vinchuca con insecticida.
• Evite dormir en una casa de barro, paja o adobe.

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

Observaciones:

El 10 de noviembre se realizó registro fotográfico en el municipio de Fómeque, durante la jornada dirigida a diversos establecimientos de comercio. En esta actividad se impartió una charla informativa sobre la enfermedad de Chagas, enfatizando en sus formas de transmisión y medidas de prevención. Adicionalmente, se entregó a los participantes material educativo en formato de folleto para reforzar la información suministrada.

FECHA DE LA ASISTENCIA:	**14/11/2025**

INFORMACIÓN GENERAL		
Medio de Asistencia Técnica: ☒Campo ☐Virtual ☐Oficina		
DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD		
DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA		
FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR		
Nombres y apellidos: Lorena Varela	Cargo: Auxiliar de enfermeria	
Correo electrónico institucional:	Teléfono:	
DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (Solicitante o uno de los beneficiarios)		
Grupo de interés asistido: Otro		
Nombre del beneficiario: Estudiantes de la institución educativa el lavadero	Correo electrónico No aplica	
Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Fomeque		
Número total de beneficiarios: 10		
TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA		
Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis (1215)		
OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA		
Sensibilizar a los estudiantes de la Escuela del Lavadero sobre la Enfermedad de Chagas, su vector transmisor, formas de prevención y la importancia del tamizaje, mediante actividades lúdicas y material educativo adaptado a su edad.		
ACTIVIDADES REALIZADAS		

Orden del Día

- Bienvenida y presentación por parte de la Auxiliar de Enfermería.
- Socialización sobre la Enfermedad de Chagas (explicación adaptada a niños).
- Actividad lúdica: coloreado de dibujos del vector.
- Entrega y explicación del consentimiento informado.
- Espacio de preguntas y retroalimentación.
- Cierre del taller.

1. Bienvenida y Presentación

Se inició la actividad agradeciendo la participación de los estudiantes y del personal docente. Se explicó el propósito del encuentro y la importancia de aprender a identificar al vector para proteger sus hogares y familias.

2. Socialización sobre la Enfermedad de Chagas

Se realizó una explicación clara, sencilla y adaptada a la edad de los niños, abordando:

a) ¿Qué es el vector?
- Se presentó al insecto transmisor *Triatoma dimidiata* ("pito").
- Se mostraron láminas o dibujos para facilitar la comprensión.
- Se explicaron sus características: color, forma corporal y hábitos nocturnos.

b) ¿Dónde se esconde?
- Grietas en paredes.
- Techos de madera o bahareque.
- Pilas de leña y gallineros.
- Rincones oscuros de la vivienda.

c) ¿Cómo se transmite la enfermedad?

Explicación adaptada para niños:

- El pito pica y deja parásitos que pueden entrar al cuerpo.
- La enfermedad se llama Chagas y es importante detectarla a tiempo.

d) ¿Cómo podemos prevenir?
- Mantener la casa limpia y ordenada.
- Evitar acumular madera o objetos cerca de la vivienda.
- Avisar a un adulto si ven un insecto parecido al vector.
- No tocarlo, no aplastarlo y avisar a un docente o familiar.

Los mensajes se reforzaron con ejemplos sencillos y participación activa.

3. Actividad Lúdica: Coloreado del Vector

- Se entregaron a los 10 niños dibujos alusivos al vector para colorear. Objetivo de la actividad:
- Facilitar el reconocimiento del insecto.
- Promover el aprendizaje mediante una dinámica divertida.
- Favorecer la retención visual de las características del vector.

Los niños participaron de forma entusiasta, compartiendo colores y comentando lo aprendido.

4. Entrega de Consentimientos Informados

Se explicó a los niños y a la docente:

- Para realizar la toma de muestras (tamizaje para Chagas), se requiere autorización de padres o acudientes.
- Cada estudiante llevará a casa el consentimiento informado.
- Solo se realizará la toma de muestra a quienes entreguen el documento firmado.

Se resolvieron dudas sobre el procedimiento y su finalidad.

5. Espacio de Preguntas y Retroalimentación

Los niños participaron activamente haciendo preguntas sobre:

- Cómo identificar al vector.
- Qué hacer si lo encuentran.
- Por qué es importante la muestra de sangre.

Se aclararon dudas en lenguaje sencillo, reforzando mensajes de autocuidado y prevención.

6. Cierre del Taller

Se agradeció la participación de los estudiantes y docentes.
Se reiteró el compromiso del programa de Vigilancia y Control del Chagas para continuar acompañando la institución educativa, promoviendo la prevención y realizando el tamizaje oportunamente.

7. Metodología Utilizada

- Explicación didáctica con lenguaje infantil.
- Material visual (láminas, dibujos del vector).
- Actividades lúdicas (coloreado).
- Participación activa mediante preguntas y trabajo creativo.

8. Resultados

- Número total de niños sensibilizados: 18
- Comprensión adecuada sobre:
- Qué es la Enfermedad de Chagas.
- Cómo se transmite.
- Cómo identificar al vector.
- Medidas preventivas en el hogar.
- Consentimientos informados entregados a la docente para envío a padres de familia.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒SI ☐NO

Observaciones:

- La actividad permitió sensibilizar efectivamente a los 18 estudiantes mediante una metodología lúdica y adaptada a su nivel de comprensión.
- El coloreado del vector facilitó la identificación visual y reforzó el aprendizaje de forma significativa.
- La entrega de consentimientos informados garantiza el proceso adecuado para futuros tamizajes, fortaleciendo la vigilancia epidemiológica en el entorno escolar.
- La participación activa de los estudiantes demuestra interés y apropiación del tema, lo cual favorece la réplica de la información en sus hogares.
- Se recomienda continuar realizando actividades educativas en instituciones educativas para mantener la prevención y el control del vector en el municipio.

Se Anexa planilla de asistencia

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código	M-PDDS-FR-052
Versión	2
Fecha de aprobación	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 - Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	14/11/2025
LUGAR:	Escuela de Lovodero	HORA INICIO	10:00 AM
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN	11:00 AM

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN															FIRMA
							ORGANIZACIÓN	ACTIVIDAD ECONÓMICA	VIVIENDA EN RIESGO	DESPLAZADO	AUTOSOSTENIMIENTO	SALUD	EMBARAZADAS	NIÑEZ	INVESTIGACIÓN	NO SE HABLA	LGTBIQ	MIGRANTE	DISCAPACIDAD	TELÉFONO	E-MAIL	
1	Martha Alvarez Gonzales	901801014	6	M	Fomeque	Rural	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	311 813 6796	—	
2	Mariangel Velasquez Marquez	1120390348	5	F	Fomeque	Rural	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	322 702 0205	—	
3	Wendy Ximena Alvarado Tovar	1071630094	8	F	Fomeque	Rural	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	311 874 2503	—	
4	Diego Alejandro Jimenez Martinez	1020109960	6	M	Fomeque	Rural	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	311 874 2503	—	
5	Paula Alejandra Leon Leon	1023980462	8	F	Fomeque	Rural	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	311 874 2503	—	
6	Deiner Felipe Quevedo	1071709004	8	M	Fomeque	Rural	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	311 874 2503	—	
7	Evelyn Daiana Tipaz camilo	1021632336	6	F	Fomeque	Rural	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	311 874 2503	—	
8	Jeferson Andres Rodriguez	1091632363	6	M	Fomeque	Rural	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	311 874 2503	—	
9	Nicolas David Velasquez	1120383938	4	M	Fomeque	Rural	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	311 874 2503	—	
10	Deiner Rafael Regalado Piguet	1071631065	13	M	Fomeque	Rural	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	311 874 2503	—	
11	Natalia Vera Regalado	1076201297	17	F	Fomeque	Rural	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	311 874 2503	—	
12	Jhon Steven Agudelo		12	M	Fomeque	Rural	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	311 874 2503	—	
13	Lizeth Tatiana Velasquez	1071631822	9	F	Fomeque	Rural	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	311 874 2503	—	

RESPONSABLE	Lorena Varela	GERENCIA	

Señor Ciudadano, autorizo a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co.

Sí es + or Agudelo

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 4

LUGAR: Institución educativa el lavadero Fomeque

EVENTO: Taller 4 Chagas

FOTO N° de

PROVINCIA: Oriente

Fecha de toma (14/11/2025):





Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS





Observaciones:

El 14 de noviembre se llevó a cabo una jornada educativa en la Institución Educativa Lavadero, dirigida a un grupo de 18 estudiantes. Durante la actividad se desarrolló una charla informativa sobre la enfermedad de Chagas y, como estrategia pedagógica, se entregaron dibujos alusivos al tema para su coloreado. Asimismo, se dejó el consentimiento informado correspondiente para la realización de la prueba diagnóstica.

OBJETIVO DE LA REUNION:	FECHA:	ACTA No.
Realizar la toma de muestras en su fase pre analítica en la población priorizada para el plan de interrupción de la trasmisión intradomiciliaria de Enfermedad de Chagas por Rhodnius prolixus O muestras para identificación de casos de leishmaniasis (en caso de ser requeridas por la supervisión) haciendo uso de vehículo disponible para el desplazamiento a las zonas de influencia, traslado de las muestras según los municipios asignados.	02/11/2025	

LUGAR:	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
SALON PARROQUIAL Y HOSPITAL DE FOMEQUE	7: 00 AM	09:00 AM

ORDEN DEL DÍA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

En cumplimiento del plan de vigilancia y control en salud pública, se llevó a cabo la toma de muestras en los siguientes lugares:

- Hospital de Fómeque
- Salón parroquial

Durante la jornada se obtuvieron un total de 67 muestras, las cuales fueron recolectadas siguiendo los protocolos establecidos para la toma, conservación y transporte seguro de muestras biológicas
La primera toma de muestra fue en el salón parroquial el día 02 de noviembre del 2025 de la siguiente manera

Niños de 0 a 6 años: 4
Mujeres en edad fértil: 19
Gestantes: 1

La segunda toma de muestras se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital san Vicente de Paul de fomeque donde se dispuso un área específica del servicio para la captación de usuarios, verificación de datos y obtención del material biológico.

Este lugar ofreció condiciones óptimas para el procedimiento, garantizando iluminación adecuada, privacidad, disponibilidad de equipos y cumplimiento de normas de bioseguridad hospitalaria.

Niños de 0 a 15 años: 11
Mujeres en edad fértil: 31
Gestantes: 1

METODOLOGÍA:

La actividad se desarrolló mediante jornadas programadas en coordinación con las instituciones locales de salud, educación y seguridad.

1.Planeación: Se definieron los puntos de muestreo y se informó previamente a la población objetivo sobre la actividad, los objetivos y los protocolos de bioseguridad.

2.Toma de muestras: realizó la recolección de las muestras biológicas bajo condiciones controladas, utilizando material estéril y garantizando el consentimiento informado de los participantes.

3.Registro y rotulación: Cada muestra fue identificada con un código único, consignada en el formato de registro y almacenada temporalmente bajo condiciones de refrigeración

ENTREGA Y REGISTRO:

Las 67 muestras recolectadas fueron entregadas oficialmente al laboratorio de referencia autorizado para su procesamiento.

El procedimiento de entrega se efectuó mediante el diligenciamiento del formato de registro de envío de muestras, en el cual se consignaron los siguientes datos:

Procedimiento general aplicado en ambas jornadas

Registro y clasificación del usuario según grupo poblacional.

Información previa sobre el procedimiento y firma de consentimiento.

Antisepsia y toma de muestra, utilizando material estéril y técnicas adecuadas.

Rotulado inmediato del material biológico.

CONCLUSIONES

• La jornada de toma de muestras se desarrolló de manera exitosa, cumpliendo con los objetivos propuestos y fortaleciendo las acciones de vigilancia en salud pública en el municipio.
• La participación de la comunidad y de las instituciones locales fue fundamental para el logro de los resultados esperados.
• Las 65 muestras recolectadas permitirán obtener información valiosa para la detección y prevención de posibles riesgos en salud.
• Se recomienda continuar con este tipo de actividades interinstitucionales para mantener un control epidemiológico efectivo y promover la salud comunitaria.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Facilitar la información requerida de manera clara y veraz.		
Entrega de resultados		
Brindar acompañamiento y orientación a las personas que resulten positivas, incluyendo remisión, tratamiento y control clínico		
Seguir las recomendaciones brindadas por el personal de salud para el cuidado y prevención de la enfermedad.		

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Fomeque - 11-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Laidy Jhoana Mendez IDENTIFICACIÓN: 1077628675

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 27/07/1991 EDAD: 38 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Independiente EPS: Nueva EPS RÉGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3123256367

VEREDA: Potrero Grande DIRECCIÓN: _____

Yo, Laidy Jhoana Mendez en mi condición de Paciente identificado con documento No. 1077628675, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de _____ a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: _____

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Laidy Mendez	_____	Lorena Varela
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación Nº 1077628675	Identificación Nº	Identificación Nº 1013599008

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____
Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Ubaque - 11-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Yadira Martinez Rodriguez IDENTIFICACIÓN: 1071629612

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 26/08/1990 EDAD: 35 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Agricultura EPS: Nueva Eps RÉGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3166433799

VEREDA: Cuasavista DIRECCIÓN: _____

Yo, Yadira Martinez R en mi condición de paciente identificado con documento No. 1071629612, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Yadira Martinez R	_____	Lorena Rojas
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación Nº 1071629612	Identificación Nº	Identificación Nº 1035990098

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____

Firma del paciente o Acudiente

CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Fomeque 11-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Marita cespedes Peña 19 IDENTIFICACIÓN: 1071628646.

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 16 / 09 / 1997 EDAD: 38 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F ___ M ___

OCUPACIÓN: empleada EPS: famisanar RÉGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3044385835

VEREDA: Centro DIRECCIÓN: Fomeque.

Yo, Maritza Andrea Cespedes. en mi condición de Paciente. identificado con documento No. 1071628646., en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de _____ a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: _____

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Marita Céspedes	_____	Lorena Varela
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación Nº 1071628646.	Identificación Nº	Identificación Nº 1013599008

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____
Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Fusagasugá 11-11-25

NOMBRE DEL PACIENTE: Gustavo Adrian J. Gomez Torres IDENTIFICACIÓN: 7202153

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 12 / 01 / 83 EDAD: 42 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F ___ M X

OCUPACIÓN: Policía EPS: Fonoprl RÉGIMEN: Especial TELÉFONO: 3023934971

VEREDA: NO DIRECCIÓN: Cl 1 C #4-27

Yo, Gustavo Adrian J. Gomez T en mi condición de Paciente identificado con documento No. 7202153, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de cho905 a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: cho905

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Gustavo Adrian J. Identificación N° 7202153	Firma del Acudiente Nombre Identificación N°	Lorena Varela Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación N° 7015399009

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Fusagasugá 11/8/25

NOMBRE DEL PACIENTE: MATTIUS ALEJANDRO Ladron de Guevara Toledo IDENTIFICACIÓN: 1031 853 890

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 10 / 04 / 19 EDAD: 6 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F ___ M X

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Sanitas RÉGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3023934941

VEREDA: NO DIRECCIÓN: CRA 1 E - 4 - 22

Yo, Gustavo Ladron de Guevara en mi condición de Padre identificado con documento No. 72021453, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Firma del Acudiente Nombre Gustavo Ladron de Guevara Identificación Nº 72021453	Lorena Varela Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación Nº 1013599009

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Fomeque 14-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Deisy Mireya Melo Rodriguez IDENTIFICACIÓN: 1071628069

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 23/12/1985 EDAD: 39 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Hogar EPS: Ellipsa EPS RÉGIMEN: _____ TELÉFONO: 3196239715

VEREDA: Rio Blanco DIRECCIÓN: Fomeque

Yo, Deisy Mireya Melo en mi condición de paciente identificado con documento No. 1071628069, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Cho995 a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Cho995

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Deisy Mireya Melo		Loreco Correo
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación Nº 1071628069	Identificación Nº	Identificación Nº 1035990009

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Deisy Mireya Melo
Firma del paciente o Acudiente
CC 1071628069

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	**CÓDIGO:** M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	**FECHA DE APROBACIÓN:** 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: 11-Noviembre Guachavita

NOMBRE DEL PACIENTE: Luz Adriana Varela López IDENTIFICACIÓN: 1070384242

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 14/01/2004 EDAD: 21 GESTANTE: SI ✗ NO ___ NA ___ SEXO: F ✗ M ___

OCUPACIÓN: ___ EPS: Nueva Eps RÉGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3052037339

VEREDA: Guachavita DIRECCIÓN: ___

Yo, Luz Varela López en mi condición de Paciente identificado con documento No. 1070384242 en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Luz Varela		Lorena Varela
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación Nº 1070384242	Identificación Nº	Identificación Nº 1013599009

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Tocaque, 11/11/2025
NOMBRE DEL PACIENTE: Andrea Cortes Hernandez IDENTIFICACIÓN: 1070386308
FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 01/10/2005 EDAD: 20 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___
OCUPACIÓN: Ama de Casa EPS: Famisanar RÉGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3124363836
VEREDA: NO DIRECCIÓN: cll 6 # 59-07

Yo, Andrea Cortes Hernandez en mi condición de paciente identificado con documento No. 1070286308, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Andrea. C		Lorena Ulate
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación Nº 1070386308	Identificación Nº	Identificación Nº 1013599009

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Fomeque 11-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: María Rocio Muñoz Guevara IDENTIFICACIÓN: 20533555

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 09/06/1965 EDAD: 40 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Empleada EPS: Famisanar RÉGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3118213108

VEREDA: Resguardo DIRECCIÓN: Finca el Espinal Fomeque Cund.

Yo, María Rocio Muñoz Guev en mi condición de paciente identificado con documento No. 20533555, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre María Rocio Muñoz Identificación Nº 20533555	Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación Nº1013599008

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Fomeque 11-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: María Camila Romero Romero IDENTIFICACIÓN: 1071628089

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 05/03/04 EDAD: 21 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F X M___

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Nueva Eps RÉGIMEN: Subsidiada TELÉFONO: 3022703621

VEREDA: _____ DIRECCIÓN: Calle 7-7-65

Yo, María Camila Romero en mi condición de Paciente identificado con documento No. 1071628089, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de cnaggs a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: cnaggs

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

María Camila Romero		Lorena Varela
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre María Camila Romero	Nombre	Nombre
Identificación N° 1071628089	Identificación N°	Identificación N°1013599009

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Fomeque - 11-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Mariangel Barajas silva IDENTIFICACIÓN: 1104068050

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) ___/___/___ EDAD: ___ GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F X M___

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Famisanar RÉGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3219950084

VEREDA: ___ DIRECCIÓN: Fomeque - la unita

Yo, Mariangel Barajas. en mi condición de paciente identificado con documento No. 1104068050., en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: chagas.

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Mariangel Barajas		Lorena Varela
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación Nº 1104068050.	Identificación Nº	Identificación Nº1013599009

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406 VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: FOMEQUE - 12-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Martha Rios Avila IDENTIFICACIÓN: 20'533.796

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 17/04/81 EDAD: 44 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: independiente EPS: Famisanar RÉGIMEN: _____ TELÉFONO: 3138143356

VEREDA: Laderas DIRECCIÓN: _____

Yo, Martha Rios Avila en mi condición de paciente identificado con documento No. 20'533.796, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Martha Rios Avila	_____	Lorena Varela
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación N° 20'533.796	Identificación N°	Identificación N° 1013599009

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____

Firma del paciente o Acudiente

CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Fomeque 12-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Deisy Bacuero Gutierrez IDENTIFICACIÓN: 1003618628

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 22 / 07 / 2001 EDAD: 24 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F V M ___

OCUPACIÓN: Amadera su EPS: Famisanar RÉGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3203226667

VEREDA: Chinica DIRECCIÓN: _____

Yo, Doña Deisy Bacuero en mi condición de paciente identificado con documento No. 1003618628, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Chagas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Doña Deisy Bacuero		Lorena rocio
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación N° 1003618628	Identificación N°	Identificación N° 1013599008

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Fomeque 13-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Sandra Marcela Diaz Cifuentes IDENTIFICACIÓN: 1068973610

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 29/01/1989 EDAD: 36 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: _____ EPS: _____ RÉGIMEN: _____ TELÉFONO: 3118677969

VEREDA: Ridelanza DIRECCIÓN: Fomeque

Yo, Sandra Marcela Diaz Cifuentes en mi condición de paciente identificado con documento No. 1068973610, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de cloro gas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: cloro gas

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº 1068973610	Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación Nº 1013599008

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: 12/11/2025 - Fomeque

NOMBRE DEL PACIENTE: Omaira Paola Manrique Alvarado IDENTIFICACIÓN: 1071629407

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 03/11/____ EDAD: 36 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M___

OCUPACIÓN: agricultura EPS: Coomeusan RÉGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3125563140

VEREDA: Guane DIRECCIÓN: Fomeque

Yo, Omaira Paola Manrique en mi condición de Paciente identificado con documento No. _____, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguinea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de cha905 a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: cha905

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Paola Manrique	Paola Manrique	Lorena Vare 10
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación Nº	Identificación Nº 1071629407	Identificación Nº 1013599009

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____

Firma del paciente o Acudiente

CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Fomeque 12-14-2023

NOMBRE DEL PACIENTE: Jhoan Sebastian Nuñez Mancera IDENTIFICACIÓN: 1071632536

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 03/05/2020 EDAD: 3 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F ___ M X

OCUPACIÓN: Escolar EPS: coomeosar RÉGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3125563140

VEREDA: Guime DIRECCIÓN: Fomeque

Yo, Angie Paola Mancera en mi condición de Mama identificado con documento No. 1071624407 en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Cha925 a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: Cha925

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Firma del Paciente Nombre Identificación N°	Angie Paola Mancera Firma del Acudiente Nombre Identificación N° 1071624407	Lorena Ortiz Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación N° 1013599008

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Fomeque 12-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Claudia Bibiana Rodriguez IDENTIFICACIÓN: 20533377

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 23/07/1972 EDAD: 42 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACIÓN: Domestica EPS: Compensar RÉGIMEN: _____ TELÉFONO: 3134577481

VEREDA: Fomeque DIRECCIÓN: La Uvita

Yo, Claudia Bibiana R en mi condición de paciente identificado con documento No. _____, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de Hemograma a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: Hemograma

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Claudia Bibiana R.	_____	Lorena varela
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación Nº 20533377	Identificación Nº	Identificación Nº 1035990093

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

_____

Firma del paciente o Acudiente

CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	08/11/2025
LUGAR:	Toma de muestras	HORA INICIO:	07:00 AM
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	09:00 AM

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN																FIRMA
							DISCAPACIDAD	VÍCTIMA DEL CONFLICTO	VIOLENCIA DE GÉNERO	ACTIVISTA	AFROCOLOMBIANO	RROM	INDÍGENA	NNA	ADULTO MAYOR	LGTBIQ+	GESTANTE	OTRA	TELÉFONO	E-MAIL	
1	Sandra Marcela Díaz Martínez	1068779360	36	Femenino	Fomeque	Rural	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3186779769	—	SMDiaz.
2	Omaira M	1014624402	36	Femenino	Fomeque	Guaire	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3125503140	—	Paola M
3	Sebastian M	1014625536	5	Masculino	Fomeque	Guaire	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3125503140	—	Paola M
4	Claudia Bico	20533377	42	femenino	fomeque	fomeque	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3134517431	—	ClaudiaR
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							

RESPONSABLE		GERENCIA	

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co.

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA: No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis

FECHA: 07/11/2025

LUGAR: Toma de muestras

HORA INICIO: 7:00 AM

DEPENDENCIA QUE COORDINA:

HORA FIN: 9:00 pm

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbana	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN																FIRMA
							DISCAPACIDAD	VICTIMAS DEL CONFLICTO	HOGARES DE ACOGIDA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZAL	PALENQUERO	ROM	INTERCULTURAL	JEFE DE HOGAR	GESTAN	LACTANTE	MENOR	MAYOR	EMAIL		
1	Yadira Martinez	1021669672	35	Femenino	Fomeque	casa vieja	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3166435799	—			Martinez
2	Laidy Hendez	1077628075	38	F	Fomeque	P Grande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3723258380	—			Laidy Hendez
3	Maribel Cespedes	1016288646	38	F	fomeque	centro.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3044388835	—			Maribel.
4	Alejandro Jochon	1031853880	6	M	Fomeque	centro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3023134911	—			.
5	Gustavo Jochon	1020121458	4	M	fomeque	centro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3028581971	—			.
6	Diana Acosta	1071628814	39	F	fomeque	Rio Blanco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3146139715	—			Diana Acosta
7	Luz Varela	1020384	27	F	Fomeque	Guachinato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3052631891	—			Luz Varela
8	Andrea Cortes	1020	20	F	Fomeque	Centro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3124	—			Andrea C.
9	Rocio Muñoz	20533	40	F	Fomeque	Pogueto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3116213108	—			Rocio Muñoz
10	Camila Romero	1016	21	F	Fomeque	Guadalupe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3022403621	—			Maria Camila.
11	Mariangel Bonilla	1016	21	F	Fomeque	Vuelta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3214550	—			MariangelB.
12	Martha Rios	20153	44	F	Fomeque	Laderos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3138	—			Martha Rios
13	Deisy Bonilla	1003618	24	F	Fomeque	China	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3203726	—			Deisy Bonilla

RESPONSABLE		GERENCIA	

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co.

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	2
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA:	No. 1215 : Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis	FECHA	04/11/2025
LUGAR:	Toma de muestras	HORA INICIO:	7:00 AM
DEPENDENCIA QUE COORDINA:		HORA FIN:	9:00 AM.

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	EDAD	GÉNERO	MUNICIPIO	LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano	ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN											TELEFONO	FIRMA	FIRMA
							DISCAPACIDAD	VICTIMAS DEL CONFLICTO	POBLACION DE CUIDADO	MINORIAS	AFRODESCENDIENTE	RURAL	PASTORALIDAD	ROM	REINSERTADOS	ATT DE VIOLENCIA	INTERNO	MIGRANTE	OTRA			
1	Evelyn Flores	1071632594	5	F	Fomeque	San Lorenzo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3137197005		Luz Mariana A. V
2	Daniela Peña	[illegible]	25	F	Fómeque	Centro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3148805[illegible]		Daniela P.
3	Mariel Guevara	1071633064	1 mes	F	Fómeque	Centro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3148805[illegible]		Daniela P.S
4	Marilin	6700895	5	M	Fomeque	centro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3219484[illegible]		Marilin
5	Meriyn Pena	1071632403	6	F	Fomeque	chorreras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3212497[illegible]		Deisy A
6	Deisy Ayde	1071632166	26	F	Fomeque	chorreras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3212497[illegible]		Deisy A
7	Yulay Moreno	V-26191089	29	F	Fomeque	Río Negro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3232849191		
8	Thiago Rodrigue	1071633062	1 mes	M	Fomeque	Río Negro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3232849191		
9	Yeny Guevara	1071628562	38	F	Fomeque	chimía.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3204767896		Yeni Guevara.
10	Sindi Zea.	1006463000	36	F	Fomeque	Centro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3213765[illegible]		Sindi Zea.
11	Blanca Nidia	1071628160	40	F	Fomeque	Guamal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3213148522		Blanca Nidia
12	Jenny Ramos	1071633993	30	F	Fomeque	centro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3[illegible]		Jenny Ramos
13	Karen A Lara	1071628043	21	F	Fomeque	San Lorenzo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3214985[illegible]		

RESPONSABLE	Lorena Varela	GERENCIA	

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL

CONTROL DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES SOCIALES

Código:	M-PDDS-FR-052
Versión:	3
Fecha de aprobación:	30-jun-22

TEMA: No. 1216 - Fortalecer la participación social para la promoción, prevención, vigilancia, inspección y control de las ETV y Zoonosis

FECHA: 07/11/2025

LUGAR: Toma de muestras

HORA INICIO: 7:00 AM

HORA FIN: 0700 AM

DEPENDENCIA QUE COORDINA:

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Nº IDENTIFICACIÓN | EDAD | GÉNERO | MUNICIPIO | LUGAR DE VIVIENDA Rural - Urbano | ENFOQUE - GRUPO POBLACIÓN | | |

Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS

REGISTRÓ Nº 1

LUGAR:salón parroquial

EVENTO: toma de muestras

FOTO N° de

PROVINCIA: oriente

Fecha de toma (02/11/2025):





Gobernación de Cundinamarca

FICHA DE REGISTRO DE FOTOGRAFÍAS



Observaciones:

_____
_____
_____.