INFORME DE ACTIVIDADES No. 4

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

Período informe:El presente documento contiene la descripción detallada sobre el proceso de certificación de la población con discapacidad para el periodo comprendido entre el 01 de diciembre de 2025 al 15 de diciembre de 2025.

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

OBLIGACIONES	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Disponer de al menos dos equipos multidisciplinarios para el desarrollo del proceso. Todos los miembros del equipo deberán estar en el directorio nacional de certificadores de discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social. Cada equipo disponible deberá estar conformado por (3) profesionales de la salud, debiendo garantizarse la participación de un médico dentro de sus integrantes, los otros dos profesionales de cada equipo podrán ser de las áreas fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología, enfermería optometría o trabajo social. la entidad deberá tener la correspondiente habilitación de los servicios los cuales se desarrolle el procedimiento de certificación y en las modalidades que este se presente	En diciembre de 2025, la ESE Hospital General San Isidro dispuso de dos equipos multidisciplinarios integrados por profesionales de medicina, psicología, fisioterapia y fonoaudiología, todos debidamente inscritos en el directorio nacional de certificadores de discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social. Con esta organización se garantizó una atención integral y el estricto cumplimiento de los lineamientos establecidos para el proceso de certificación. El Hospital General San Isidro cuenta con 2 equipos, para certificación: Equipo 1: Derly Yohana Ardila (Psicóloga). Paola Edith De La Rosa Marrugo (Médica General). María Victoria Hurtado García (Fonoaudióloga). Equipo 2: Monica Martinez (Psicóloga). Eliana Carolina Jimenez(Médico General) . Monica Bernal Osorio (Fisioterapeuta)

2. Realizar y mantener activa la inscripción como entidad usuaria y obligada a reportar información a través del sistema integrado de información de la protección social	La institución conservó vigente su inscripción y efectuó el reporte de la información en el sistema de manera oportuna, garantizando el cumplimiento de las disposiciones establecidas en la normativa.
3. Reportar y Mantener actualizados los usuarios institucionales que ingresan a los sistemas de información mediante la plataforma PISIS en Ministerio de salud y protección social en representación de la entidad para el desarrollo de este proceso de certificación.	La entidad asegura la actualización continua de sus usuarios institucionales en la plataforma PISIS, en representación oficial, lo que permite el adecuado desarrollo y seguimiento del proceso de certificación.
4. Garantizar el registro oportuno y la calidad de la información en las plataformas correspondientes conforme a los requerimientos y directrices del Ministerio de salud y protección social	En las jornadas de diciembre se garantizó el registro oportuno y con calidad de la información en las plataformas correspondientes, cumpliendo con los requerimientos y directrices establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
5. Garantizar la disponibilidad de los apoyos y ajustes razonables requeridos para el desarrollo de la valoración multidisciplinaria de certificación de acuerdo a las necesidades de la población con discapacidad objeto del proceso.	En las jornadas realizadas en diciembre se garantizó el registro oportuno y con calidad de los datos en las plataformas institucionales, dando cumplimiento a los lineamientos y disposiciones del Ministerio de Salud y Protección Social.
6. Disponer de agendas semanales para la programación y desarrollo de las jornadas requeridas por la entidad territorial conforme al volumen de solicitudes registradas. La concentración de jornadas deberán realizarse con al menos 10 días de anticipación entre las partes	Para garantizar el cumplimiento de las metas, se programaron dos semanas consecutivas de atención, enviando oportunamente los horarios correspondientes.
7. Garantizar la oportuna asignación de las citas a los beneficiarios remitidos por la Secretaría de Salud Pública para el desarrollo de las valoraciones de certificación en las modalidades requeridas, para lo cual deberá diligenciar el correspondiente registro	La atención se garantizó dentro de los tiempos programados, con registros completos y precisos que aseguraron la asignación de citas de forma ordenada y transparente. Asimismo, se anexaron los consentimientos informados tanto en formato físico como virtual, respaldando el proceso de certificación

8. Brindar a las personas con discapacidad información previa a la valoración sobre el procedimiento y diligenciar el respectivo consentimiento informado	Cada persona con discapacidad, junto con sus acompañantes, recibió información clara y detallada sobre el procedimiento de certificación y la valoración realizada por el equipo multidisciplinario. Se diligenció el consentimiento informado correspondiente y, al finalizar el proceso, se entregó el certificado de discapacidad acompañado de la explicación sobre su contenido y los usos que le otorga.
9. Disponer de la infraestructura técnica, tecnológica y administrativa requerida para el oportuno registro de la información resultante del procedimiento de discapacidad en el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad, así como de los recursos logísticos, humanos, físicos,técnicos, financieros y de bioseguridad requerido para la planeación, desarrollo y evaluación de las actividades a su cargo	La institución dispuso de plataformas seguras para el registro de la información, así como de una infraestructura administrativa adecuada para la gestión documental. Además, contó con los recursos logísticos, humanos, físicos, financieros y de bioseguridad necesarios para la planeación y ejecución de las actividades programadas.
10. Entregar impresión del certificado generado a la persona con discapacidad valorada, verificando que la información consignada corresponda y explicar el contenido del documento y los usos del certificado a la persona con discapacidad y a sus acudientes o acompañantes, dejando el respectivo soporte de cumplimiento,	En las 9 jornadas de discapacidad realizadas durante el mes de noviembre, se entregó a cada persona valorada la impresión del certificado de discapacidad, verificando la información consignada y explicando su contenido y usos, dejando soporte de cumplimiento.
11. Garantizar la confidencialidad de la información por parte del personal a su cargo	El grupo de profesionales de La ESE Hospital General San Isidro, a través de su personal a cargo, ha garantizado la confidencialidad de cada una de las valoraciones realizadas de los pacientes con discapacidad.

12. presentar máximo 2 días después de la jornada siguiente y, en todo caso antes de la nueva asignación de beneficiarios , reporte de: a. personas remitidas que no pudieron ser conectadas o no aceptaron la cita. b. personas agendadas que no asistieron, c, resultados de la valoración de las personas atendidas, d, situaciones especiales presentadas en el proceso	Se realizaron 9 jornadas, de certificación de discapacidad, de igual manera se realizó reagendamiento a las personas con discapacidad que por alguna razón, no pudieron asistir los días programados, se realizó reporte con la Dra. Claudia Piedad Estrada, de los casos que fueron remitidos y no se pudieron atender y de situaciones presentadas en la jornada. **Las jornadas se trabajaron de la siguiente manera:** • 1 de diciembre:16 valoraciones • 2 de diciembre:17 valoraciones • 3 de diciembre:15 valoraciones • 5 de diciembre:25 valoraciones • 9 de diciembre:12 valoraciones • 10 de diciembre:9 valoraciones • 11 de diciembre:27 valoraciones • 12 de diciembre:28 valoraciones • 15 de diciembre:10 valoraciones
13. presentar cada mes informe de ejecución técnica y financiera, evidenciando el cumplimiento de las obligaciones adjuntando los respectivos soportes y generando base de datos consolidada e informe estadístico del proceso según lineamientos de la Secretaría de Salud.	El 30 de noviembre se realizó el corte correspondiente al mes, incluyendo descripción de las jornadas, registro técnico de las valoraciones y consolidado financiero.
14. Mantener durante el plazo de ejecución del contrato y en los lugares que se realicen las actividades, deberá permanecer de manera visible la imagen corporativa de la Alcaldía de Manizales y dar los créditos a esta entidad.	Durante las jornadas se aseguró la visibilidad de la imagen corporativa de la Alcaldía de Manizales y se otorgaron los créditos institucionales correspondientes, se evidencia en los registros fotograficos.
15. Dar aplicación al artículo 50 de la Ley 2195 de 2022 cuando le sea atribuible.	Se adoptaron disposiciones para prevenir actos de corrupción, reforzar la transparencia institucional y promover la cultura de la legalidad e integridad.

INDICADORES:

- PcD Remitidos (170) vs PcD Agendados (170): 100,0 % Pacientes agendados

- PcD Agendados (170) vs PcD Asistentes (159): 93,5 % Pacientes asistentes
- PcD Asistentes (159) vs PcD Certificados (138): 86,8 % Pacientes certificados
- PcD Asistentes (159) vs PcD No certificados (1): 0,6 % Pacientes no certificados
- PcD Agendados (170) vs PcD Inasistentes (11): 6,5 % Pacientes inasistentes

ESTADÍSTICAS DE LA PcD ATENDIDAS

Total personas atendidas: 159

Sexo: Hombres: **94** Mujeres: **65**

Víctimas del conflicto armado:

Sí: 25 (15,7%)

No: 134 (84,3%)

Enfermedades huérfanas:

Sí: 16 (10,1%)

No: 143 (89,9%)

Edades por curso de vida:

CURSO DE VIDA	TOTAL
Primera infancia (0-5 años)	7
Infancia (6-11 años)	25
Adolescencia (12-17 años)	20
Juventud (18-28 años)	23
Adultez (29-59 años)	44
Vejez (60 años y más)	40
TOTAL	**159**

Área de residencia:

Área de residencia	Número de Personas Atendidas
Urbana	147
Rural	12

Comunas:

Comunas	**Número de personas atendidas**

ATARDECERES	12
SAN JOSE	5
CUMANDAY	16
ESTACION	2
Ciudadela del Norte	36
Ecoturístico cerro de oro	18
TESORITO	3
PALOGRNADE	0
Universitaria	11
FUENTE	16
MACARENA	13
NUEVO HORIZONTE	15
TOTAL	**147**

Corregimientos:

Corregimientos	Número de Pacientes Atendidos

COLOMBIA	3
CRISTALINA	0
REMANSO	1
PANORAMA	2
AGROTURISMO/TABLAZO	3
MANANTIAL	3
RIO BLANCO	0
TOTAL	**12**

Tipos de discapacidad	**Número de Pacientes Atendidos**
Física	32
Visual	7
Intelectual	32
Auditiva	11
Múltiple	50
Psicosocial	27
Sordoceguera	0
No certificados por discapacidad	0
TOTAL	159

CONCLUSIONES:

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

1. En el mes de diciembre se certificaron 159 personas con discapacidad. De este

total, 94 fueron hombres (59,1%) y 65 mujeres (40,9%). Esta proporción refleja la demanda y necesidad de certificación principalmente en la población masculina, lo que evidencia que son los hombres quienes solicitan y requieren en mayor medida este servicio durante el periodo reportado.

2. Durante el mes de diciembre se certificaron 159 personas con discapacidad. De este grupo, 25 corresponden a víctimas del conflicto armado (15,7%), lo que evidencia la importancia de este servicio para una población que requiere especial atención y acompañamiento en el marco de sus derechos de protección.
3. De las personas certificadas se presentaron 16 de enfermedades huérfanas (10,1%), mientras que 143 personas (89,9%) no reportaron esta condición. Este grupo de pacientes con enfermedades huérfanas representa una población que solicita y necesita de manera prioritaria el proceso de certificación, dado que este documento es fundamental para acceder a programas de apoyo, tratamientos especializados y medidas de protección en salud.
4. Durante el mes de diciembre se certificaron 159 personas con discapacidad. El grupo con mayor número de certificaciones correspondió a la adultez (29-59 años) con 44 personas (27,7%), seguido por la vejez (60 años y más) con 40 personas (25,1%). En tercer lugar se ubicó la infancia (6-11 años) con 25 personas (15,7%), mientras que la adolescencia (12-17 años) registró 20 personas (12,6%) y la juventud (18-28 años) 23 personas (14,5%). Finalmente, la primera infancia (0-5 años) presentó 7 certificaciones (4,4%).
5. En el periodo reportado de diciembre se certificaron 159 personas con discapacidad. El tipo más frecuente correspondió a la discapacidad múltiple, con 50 personas (31,4%), seguido por la física y la intelectual, cada una con 32 personas (20,1%). La psicosocial se presentó en 27 casos (17,0%), mientras que las discapacidades auditiva y visual tuvieron menor representación, con 11 personas (6,9%) y 7 personas (4,4%) respectivamente. No se registraron casos de sordoceguera ni personas no certificadas por discapacidad en este periodo.
6. En este periodo se registraron 159 certificaciones de discapacidad, correspondientes a las valoraciones realizadas en diciembre, con una mayor concentración en la comuna Ciudadela del Norte, donde se atendieron 36 personas (22,6%). Le siguen el Ecoturístico Cerro de Oro con 18 personas (11,3%), y las comunas Cumanday y La Fuente, cada una con 16 personas (10,1%). También se destacan Nuevo Horizonte (15 personas, 9,4%), Macarena (13 personas, 8,2%), y Atardeceres (12 personas, 7,5%). Las comunas Universitaria (11 personas, 6,9%), San José (5 personas, 3,1%), Tesorito (3 personas, 1,9%) y Estación (2 personas, 1,3%) tuvieron menor participación, mientras que Palogrande no registró certificaciones en este periodo.
7. En cuanto a los corregimientos, se certificaron 3 personas en Colombia, 3 en Manantial, 3 en Agroturístico/El Tablazo, 2 en Panorama y 1 en Remanso. No se reportaron certificaciones en Cristalina ni en Río Blanco.
8. Se mantuvo la aplicación del consentimiento informado, la confidencialidad de la información y la transparencia en el proceso, garantizando la calidad y oportunidad en la atención.

INFORME FINANCIERO:

durante el mes de diciembre se realizaron en total 159 certificados que se describen así:

CONCEPTO	VALOR	DETALLES
Valor del contrato	$150.000.000	Monto total asignado
Monto gastado	$65.000.000	Gasto acumulado hasta la fecha
Saldo restante	$85.000.000	Disponible para futuros gastos
% Gastado	43,33%	Proporción del contrato utilizado

Derly Yohana Ardila Barragán
Psicóloga

LISTADO DE ANEXOS

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

ALCALDÍA DE MANIZALES

ALCALDÍA DE MANIZALES

INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA

REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

Versión en revisión

Contratista H. G. S. I. N° Contrato 2508270971 Mes Diciembre 1

Responsable grupo certificados Tipo de actividad certificacion Duración

#	Día	# ficha filiar	Nombres y Apellidos	Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Víctima (SI-NO)	Grupo etnico (ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno (ver lista)	Grupo priorizado	Programa	Firma
1	1	NA	Brenda Isabel Henao	CC	1053873426	26	M	F	3123866698	Roble XII	Pio XXII Universitar	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Brenda Henao
2	1	NA	Juan Felipe Toro C.	CC	1007227498	25	H	M	3137322498	San Antonio	Macarena	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Juan Felipe toroC.
3	1	NA	Victor Manuel Muñoz Marin	CC	1002655285	23	H	M	3014[illegible]6	El bosque	Macarena	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Victor Manuel M
4	1	NA	Andres Camilo Giraldo Campos	CC	1053832763733	H	M	M	3113681186	Libori O	Atardeceres	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	*Ensueño Celeste
5	1	NA	Nove Daniela Ospina O.	TI	1056131143	11	M	F	3223187665	Natudo	Fuente	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	*ivonne
6	1	NA	Olga Lucia Gil Pineda	CC	1056278272	54	M	F	3107857790	Guaimaro	Nueva Hon[illegible]	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	*Fabiola Pineda
7	1	NA	Luciana Rendon Valencia	TI	1053847215 12	M	F	F	3225337[illegible]	San Cayetano	Norte	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	*luciana Rendón
8	1	NA	Gilma Osorio Aguirre	CC	30299596 63	M	F	F	3127301290	Villa Hermosa	Fuente	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Gilma OSorio A
9	1	NA	Laura Maria Rave Muñoz	CC	1053814427 34	M	F	F	3148462198	La Campiña	Ecoturistica	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	*laura maria Rave.
10	1	NA	Jhon Jairo Orozco Lopez	CC	7566017	53	H	M	3127309552	Alto Castilla	Atardeceres	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	*Jhon Jairo
11	1	NA	Emmanuel Ospina Abril	TI	1076131733 11	H	M	M	3216076518	Mario	Fuente	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	*Emmanuel ospina Abril
12		NA	Sabine Gonzalez Herrera	TI	1036459471 13	M	F	F	3124816066	San Joaquin	Comuna	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	*Sabiné Gonzalez H.
13	1	NA	Luis Carlos Ramirez Castaño	CC	1010107171 25	H	M	M	3128603637	Juan Cobaz	Ciudadela norte	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	*luis c r c
14	1	NA	Humberto Murillo	CC	1595a04772	71	M	M	3208866940	San Isidro	Atardeceres		SI		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Jhon Jairo B
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	

Convenciones

1. **# Ficha:** Escriba el numero de ficha si la tiene, de lo contrario escriba NA (No aplica)
2. **Tipo de Identificación: CC:** Cedula de Ciudadania, **CE:** Cedula de Extranjeria, **P:** Pasaporte, **PEP:** Permiso Especial de Permanancia, **RC:** Registro Civil, **SI:** Sin Identificación, **TI:** Tarjeta de Identidad
3. **Sexo:** H:Hombre. M:Mujer. I:Intersexual.
4. **Identidad:** M:Masculino, F:Femenino, T:Trans, NB:No binario.
5. **Grupo Etnico: NE:** Negro, **AF:** Afrodescendientes, **RA:** Raizales; **PA:** Palenqueros; **IN:** Indigenas, **RO:** Room; **NA:** No Aplica.
6. **Entorno:** Comunitario, Hogar, Institucional, Laboral, Escolar.

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

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

ALCALDÍA DE MANIZALES

IN ...RVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA

REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

Versión en revisión

Contratista H.G.S.I. N° Contrato 2588272097 71 Mes Diciembre

Responsable Grupo certificados Tipo de actividad Certificacion Duración

#	Dia	# ficha filar	Nombres y Apellidos	Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Víctima (SI-NO)	Grupo etnico (ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno (ver lista)	Grupo priorizado	Programa	Firma
1	2	NA	Raffael Enrique Jimenez V.	PPT	6406347	10	H	H	3145061059	Centro	Comandary	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Yenny Ubaldo
2	2	NA	Mariana la Villada Mendoza	C.C.	30391111	50	M	F	3136470140	villa de fé	Nuevo Horizonte	Si	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Mariana
3	2	NA	Isabel Cristina Lopez Velez	CC	29681922	44	M	F	3183164260	la Isabela	Fuente	Si	No		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
4	2	NA	Flor Marina Franco de Montoya	C.C	24294651	77	M	F	3104328018	Bajo Canbe	Ciudadela norte	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
5	2	NA	Emmanuel Aguirre Londoño	T.I	1056135139	9	H	M.	3176578159	Campohermoso	Atardeceres	SI	No.		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
6	2	NA	Paula Sofia Gutierrez H.	T.I	1105468627	17	H	F.	3228357977	Km 41	Colombia	Si	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
7	2	NA	Maria Celeste Jimenez Ramirez	T.I	1056135207	9	H	F	3117007451	Villahermosa	Nuevo horizonte	Si	No		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
8	2	NA	James Mauricio Jimenez R.	T.I	1056135206	9	H	M.	3117007451	villahermosa	Nuevo horizonte	Si	No		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
9	2	NA	Jony Smith Vegra Ramirez	C.C	80888647	44	H	M	3028449626	zagales	Atardeceres	Si	No		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Jony Smith
10	2	NA	Angie Lorena Henao Carvajal	CC	1053827749	32	M	F	1053827749	Sinai	Nuevo horizonte	Si	No		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Angie Lorena
11	2	NA	Salvador Zuluaga Hernandez	R.C	12478717	44	H	M.	3104076DB	la Sultana	Ecoturistico	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Valentina
12	2	NA	Sofia Ortiz Gonzalez	C.C	1053358731	11	M	F	3104597359	Cervantes	Fuente	Si	No		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	SOFIA ORTIZ
13	2	NA	Yanira del Carmen Perdomo A.	PPT	7739225	42	M	F	3103466115	San Joaquin	Comandary	Si	Si		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Yanira Perdomo.
14	2	NA	Maria Eugenia Acevedo Mora	CC	30314479	56	M	F	3046313081	El Carmen	Macarena	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	Katherine Ramirez
15	2	NA	Jesus Octavio Lopez Castaño	CC	10253964	64	H	M.	3045455485	Eolferino	Nuevo Horizonte	SI	No		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
16	2	NA	Bryan Daniel Ramirez G.	CC	1055918516732	H	M		3203435568	Velez	Fuente	SI	No		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
17	2	NA	Bernardo Gutierrez Vera	CC	10226101	70	H	M.	3021034544	Velez	Fuente	Si	NO		NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	T.M.
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAI	DISCAPACIDAD	

Convenciones

1. **# Ficha:** Escriba el numero de ficha si la tiene, de lo contrario escriba NA (No aplica)
2. **Tipo de Identificación:** **CC:** Cedula de Ciudadania, **CE:** Cedula de Extranjeria, **P:** Pasaporte, **PEP:** Permiso Especial de Permanancia, **RC:** Registro Civil, **SI:** Sin Identificación, **TI:** Tarjeta de Identidad
3. **Sexo:** H:Hombre, M:Mujer, I:Intersexual.
4. **Identidad:** M:Masculino, F:Femenino, T:Trans, **NB**:No binario
5. **Grupo Etnico:** NE: Negro, AF: Afrodescendientes, RA: Raizales, PA: Palenqueros; IN: Indigenas, RO: Room; NA: No Aplica.
6. **Entorno:** Comunitario, Hogar, Institucional, Laboral, Escolar.

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

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

ALCALDÍA DE MANIZALES

ALCALDÍA DE MANIZALES
INTE[illegible]CIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA
REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

Versión en revisión

Contratista H.G.S.I N° Contrato 2508270971 Mes Diciembre
Responsable Grupo contratación Tipo de actividad Contratación Duración

#	Día	# ficha filiar	Nombres y Apellidos	Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Víctima (SI-NO)	Grupo étnico (ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno (ver lista)	Grupo priorizado	Programa	Firma
1	3	NA	Anderson Mejia Gómez	TI	1054188823	12	H	M.	3207760250	Galán.	San José	Si	No.	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Liliana Gomez
2	3	NA	Dulce María Escalante García	RC	1054928221	2	M	F	3233037805	sinai.	Nueva Hmz 2	Si	No	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Maribel salgado
3	3	NA	Jhoan Sebastián Echeverry T.	CC.	1056126987	18	H	M	3202773574	Palmeras	Fuente	Si	No	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Yaiyth Canales
4	3	NA	Miguel Angel López Velez	RC	1054895063	2	H	M.	3136853130	Caribe	Ciudadela Norte	Si	No	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Escuela G.
5	3	NA	Leidy Johana López Palacios	CC.	1053802089	35	M	F	3001362574	Llanas	Fuente	Si	No.	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Leidy Johana L.
6	3	NA	Josefa Toro Gonzalez Gonzalez	CC.	75102769	65	H	M.	3116104048	La violeta	Agroturismo	Si	No.	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Blanca Gonzalez
7	3	NA	Brahian Steven Vallejo Gómez	CC.	1104698183	19	H	M.	3114578808	Alta suiza	Ecoturistico	Si	No.	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Fabiola Gómez Gómez
8	3	NA	Samuel Ortegon Marquez	T.I	1055756810	16	H	M.	3147473809	Samaria	Nueva Hmz 2	Si	No	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	T. M
9	3	NA	Isabella Valencia Diaz	T.I	1055761790	7	M	F	3104678778	Peralonso	Cuenca del Mov.	Si	No.	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	X
10	3	NA	Paula Andrea Rudas Vallejo.	CC.	30403747	45	M	F.	3016836166	Agustinos	Comuneros	Si	No.	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Paula Rudas
11	3	NA	Santiago Martinez Olaluro	TI	1054879097	15	H	M.	3007831439	La Cumbre	Ecoturistico	Si	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Samuel Ortegon M
Rep		NA	Samuel Ortegon Marquez	T.I	1055756810	16	H	M.	3147473809	Samaria	Nueva Hmz 2	Si	No	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	T.M
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	

Convenciones

1. **# Ficha:** Escriba el numero de ficha si la tiene, de lo contrario escriba NA (No aplica)
2. **Tipo de Identificación: CC:** Cedula de Ciudadania, **CE:** Cedula de Extranjeria, **P:** Pasaporte, **PEP:** Permiso Especial de Permanancia, **RC:** Registro Civil, **SI:** Sin Identificación, **TI:** Tarjeta de Identidad
3. **Sexo: H:**Hombre. **M:**Mujer. **I:**Intersexual.
4. **Identidad: M:**Masculino, **F:**Femenino, **T:**Trans, **NB:**No binario.
5. **Grupo Etnico: NE:** Negro, **AF:** Afrodescendientes, **RA:** Raizales; **PA:** Palenqueros; **IN:** Indigenas, **RO:** Room; **NA:** No Aplica.
6. **Entorno:** Comunitario, Hogar, Institucional, Laboral, Escolar.

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

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

ALCALDÍA DE MANIZALES

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

Versión en revisión

Contratista H. G. S. J N° Contrato 2508270971 Mes Diciembre 5/25
Responsable Grupo certificador Tipo de actividad certificación Duración

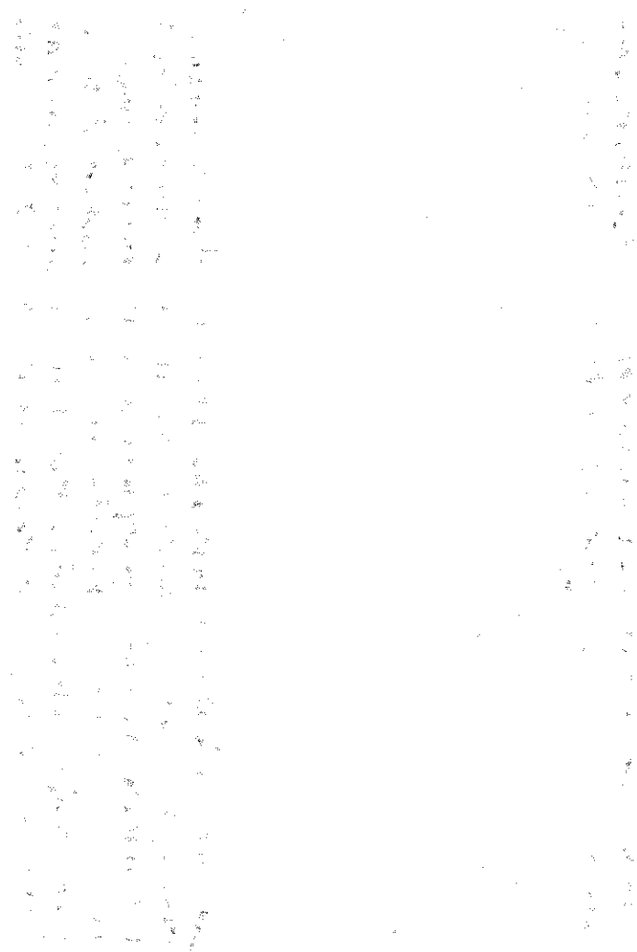
#	Día	# ficha fiar	Nombres y Apellidos	Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Víctima (SI-NO)	Grupo etnico (ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno (ver lista)	Grupo priorizado	Programa	Firma
1	5	NA	Leidy Johana Castaño	C.C	1053835364	31	M	F	3015285640	San Joaquín	Comandancia	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Leidy
2	5	NA	Miguel Angel Balbosa	C.C.	1077439829	19	H	M	3109886689	La Rola	tablaza	SI	SI		NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
3	5	NA	Dora Cotes Carreazo	TI	641572	70	M	F	3146459785	Centro	Comandancia	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
4	5	NA	Perla Andrea Peña Reyes	CC	1030690	44	M	F	3125819366	el Tablazo	Ciudadela Norte	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
5	5	NA	Jose Orlando Cardona	Cc	10259372	63	H	M	3146774	San Sebastian	Ciudadela norte	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Juliana Cardona.
6	5	NA	Blanca Doris Galvis	C.C	30293727	61	M	F	32	San Jose	San Jose	SI	SI		NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
7	5	NA	Juan Diego Sotelo Zapata	TI	1104675145	15	H	M	3145101	San Sebastian	Ciudadela norte	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Juan Sotelo
8	5	NA	Carlos Orlando Carrillo Ward	CC	1053857	29	H	M	3002259	San Sebastian	Ciudadela norte	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
9	5	NA	Angel Miro Castañeda Valencia	CC	0861105180	H	M		3206089	Centro	Comandancia	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
10	5	NA	Marleny Suarez Gonzalez	CC	30321712	64	M	F	3136279985	Villahermosa	Nuevo Horizonte	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Marleny Suárez González
11	5	NA	Elena Muñoz de Florez	CC	24304941	87	M	F	3117050070	Belalcazar	Fuentes	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Pilar Florez
12	5	NA	Luz Mery Patiño Sarde	CC	30774605	66	M	F	3113599631	Sultana	Ecoturistica	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
13	5	NA	Jose Dilmo Zapata	CC.	10235605	69	H	M	3117535163	Galeria	Comandancia	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
14	5	NA	Juan Diego Becerra	C.C	1053536001	18	H	M	3135787169	San Sebastian	Ciudadela Norte	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
15	5	NA	Julio Cesar Lopez	CC	10282470	57	H	M	312279	Vereda Aguila	manantial	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
16	5	NA	Mateo Ramirez Hoyos	TI	1053615940	7	H	m	3152279979	Vereda Sinifana	Panorama	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
17	5	NA	Sara Antonela Buitrago	TI	1017269650	17	M	F	3115410	Gonzales	Fuente	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
18	5	NA	Mathias Taborda	RC	1054892	5	H	M	3117566720	San Joaquin	Comandancia	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
19	5	NA	Luz Adriana Pineda	CC	30401644	46	M	F	3128930242	Caribe	Ciudadela Norte	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
20	5	NA	Michell Cortes	TI	1054816899	14	M	F	3233695266	Fatima	universitaria	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
21	5	NA	Daniel Felipe Cartañeda	TI	1054	7	H	M	3146700337	San Antonio	macarena	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
22	5	NA	Juan Esteba Bedoya	TI	1054726981	14	H	M	3122357	San Sebastian	Ciudadela Norte	SI	NO		NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	

Convenciones
1. # Ficha: Escriba el numero de ficha si la tiene, de lo contrario escriba NA (No aplica)
2. Tipo de Identificación: CC: Cedula de Ciudadania, CE: Cedula de Extranjeria, P: Pasaporte, PEP: Permiso Especial de Permanancia, RC: Registro Civil, SI: Sin Identificación, TI: Tarjeta de Identidad
3. Sexo: H:Hombre, M:Mujer, I:Intersexual.
4. Identidad: M:Masculino, F:Femenino, T:Trans, NB:No binario.
5. Grupo Etnico: NE: Negro, AF: Afrodescendientes, RA: Raizales: PA: Palenqueros, IN: Indigenas, RO: Room; NA: No Aplica.
6. Entorno: Comunitario, Hogar, Institucional, Laboral, Escolar.

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

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





ALCALDÍA DE MANIZALES

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

Versión en revisión

Contratista Hospital General Salud Ltda Nº Contrato 2508270971 Mes Diciembre 5/25

Responsable Grupo Certificación Tipo de actividad certificacion Duración

#	Día	# ficha filiar	Nombres y Apellidos	Tipo ID (*)	Nº Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Víctima (SI-NO)	Grupo étnico (ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno (ver lista)	Grupo priorizado	Programa	Firma
1	5	NA	Alberto de Jesus Hernandez	CC	15985206	62	H	M	3147949826	Carmen	Macaregua	Si	No	No	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Alberto Hdez.
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	

Convenciones

1. **# Ficha:** Escriba el numero de ficha si la tiene, de lo contrario escriba NA (No aplica)
2. **Tipo de Identificación: CC:** Cedula de Ciudadania, **CE:** Cedula de Extranjeria, **P:** Pasaporte, **PEP:** Permiso Especial de Permanancia, **RC:** Registro Civil, **SI:** Sin Identificación, **TI:** Tarjeta de Identidad
3. **Sexo:** H:Hombre. M:Mujer. I:Intersexual.
4. **Identidad:** M:Masculino. F:Femenino, T:Trans, **NB**:No binario.
5. **Grupo Etnico: NE**: Negro, **AF**: Afrodescendientes, **RA**: Raizales; **PA**: Palenqueros; **IN**: Indígenas, **RO**: Room; **NA**: No Aplica.
6. **Entorno**: Comunitario, Hogar, Institucional, Laboral, Escolar.

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

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

ALCALDÍA DE MANIZALES

ALCALDÍA DE MANIZALES
INT[illegible]ENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA
REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

Versión en revisión

Contratista Hospital General San Isidro N° Contrato 2.5682709271 Mes Diciembre
Responsable Grupo certificación Tipo de actividad certificación Duración

#	Día	# ficha fliar	Nombres y Apellidos	Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Víctima (SI-NO)	Grupo etnico (ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno (ver lista)	Grupo priorizado	Programa	Firma
1	9	NA	Jhoanny Rodriguez	RC	1055363136	6	H	M	3107477[illegible]	Viveros	Estructura	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
2	9	NA	Dilan Henao Tovar	T.I	1056136647	9	H	M	3135979973	Bosques Norte	C. Norte	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
3	9	NA	David Martinez Zuluaga	T.I	1055755479	18	H	M	3123722[illegible]	Florida	Comuneros	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	David Martinez
4	9	NA	Yolanda del Socorro	C.C	30[illegible]2	75	M	F	3148[illegible]4	Mariato	Macarena	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Anamaria Orozco
5	9	NA	Yesica Lorena Segura	C.C	1054569195	27	M	F	3134477[illegible]	San Joaquin	Comuneros	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	yesica lorena segura
6	9	NA	Emanuel Perez	T.I	1053874620	7	M	M	3024[illegible]	Alcazares	Atardeceres	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	[illegible]
7	9	NA	Jose Alberto Martinez	CC	19375031	68	H	M	3146006[illegible]	Pio XII	Universitario	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
8	9	NA	Carlos Ancizar Ocampo	CC	4441944[illegible]78	H	M	M	3104342798	Vereda Chiguaro	Panorama	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Maria Zuluaga O
9	9	NA	Hector Montes Giraldo	C.C	4470034	70	H	M	3122038809	Villa Hermosa	Nuevo Horizonte	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Doris Valencia P.
10	9	NA	Enrique Munera Gonzalez	C.C	10246006	70	H	M	3177276581	Fatima	Universitario	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Enrique Munera G.
11	9	NA	Andre Felipe Chica	C.C	1088519105	29	H	M	3004877302	Estacion	Estacion	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
12	9	NA	Shan Jair Renteria Bravo	T.I	1236[illegible]	8	H	M	3205454[illegible]	San Cayetano	C. Norte	SI	SI	N.E	NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	

Convenciones

1. **# Ficha:** Escriba el numero de ficha si la tiene de lo contrario escriba NA (No aplica)
2. **Tipo de Identificación: CC:** Cedula de Ciudadania, **CE:** Cedula de Extranjeria, **P:** Pasaporte, **PEP:** Permiso Especial de Permanancia, **RC:** Registro Civil, **SI:** Sin Identificación, **TI:** Tarjeta de Identidad
3. **Sexo: H:**Hombre **M:**Mujer. **I:**Intersexual
4. **Identidad: M:**Masculino, **F:**Femenino, **T:**Trans, **NB:**No binario
5. **Grupo Etnico: NE**: Negro, **AF**: Afrodescendientes, **RA**: Raizales; **PA**: Palenqueros, **IN**: Indigenas **RO**: Room; **NA**: No Aplica
6. **Entorno**: Comunitario, Hogar, Institucional, Laboral, Escolar.

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

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

ALCALDÍA DE MANIZALES

ALCALDÍA DE MANIZALES
INTE[illegible]NCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA
REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

Versión en revisión

Contratista H. G. S. I. Nº Contrato 2508270971 Mes Diciembre
Responsable Grupo certificador Tipo de actividad certificación Duración

#	Día	# ficha filiar	Nombres y Apellidos	Tipo ID (*)	Nº Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Víctima (SI-NO)	Grupo étnico (ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno (ver lista)	Grupo priorizado	Programa	Firma
1	10	NA	William Valdez V	C.C	13455590	67	H	M	3234501574	Nevado	Fuente	Si	No	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
2	10	NA	Duran Jose Mavolinda	CC	10064639	39	H	M	3013364432	Torres de Nitan	Universitarios	Si	No	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
3	10	NA	Carmen Rincon Montes	CC	44688624	79	H	M	3148855766	Alto de capri	Nuevo Horizonte	Si	No	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
4	10	NA	Gabriel Gomez Mosquera	R.C	1056945968	5	H	M	3076210006	Fatima	Universitarios	Si	No	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
5	10	NA	Yesid Rincon	C.C	10278715	65	H	M	3172860[illegible]	Cumbre	Ecoturistico	Si	No	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
6	10	NA	Diego Londoño Londoño	C.C	10274578	59	H	M	3243908361	Estambul	Macarena	Si	No	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
7	10	NA	Maria Angelica Granada	CC	30406202	46	M	F	3234[illegible]19	Pio XXII	Universitarios	Si	No	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
8	10	NA	Maria Isabel Bucaro	C.C	30711477	44	M	F	3028091120	Bosque	Macarena	Si	No	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
9	10	NA	Martin Hidalgo Florez	C.C	1053826805	33	H	M	3044778333	Villahermosa	Nuevo Horizonte	Si	No	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
10	10	NA	Jhon Alexander Perez Ros-	C.C	1053823766	37	H	M	3117447260	Santios	Universitarios	Si	No	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	

Convenciones

1. **# Ficha:** Escriba el numero de ficha si la tiene, de lo contrario escriba NA (No aplica)
2. **Tipo de Identificación: CC:** Cedula de Ciudadania, **CE:** Cedula de Extranjeria, **P:** Pasaporte, **PEP:** Permiso Especial de Permanancia, **RC:** Registro Civil, **SI:** Sin Identificación, **TI:** Tarjeta de Identidad
3. **Sexo:** H:Hombre, M:Mujer, I:Intersexual.
4. **Identidad:** M:Masculino, F:Femenino, T:Trans, **NB:**No binario.
5. **Grupo Etnico:** NE: Negro, AF: Afrodescendientes, RA: Raizales; PA: Palenqueros; IN: Indigenas; **RO:** Room; **NA:** No Aplica.
6. **Entorno:** Comunitario, Hogar, Institucional, Laboral, Escolar.

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

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

ALCALDÍA DE MANIZALES

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

Versión en revisión

Contratista: Hospital general San Isidro Nº Contrato: 2508270971 Mes: Diciembre 18/25

Responsable: Grupo COAT Fisiodm Tipo de actividad: certificacion Duración:

#	Día	# ficha filiar	Nombres y Apellidos	Tipo ID (*)	Nº Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Victima (SI-NO)	Grupo etnico (ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno (ver lista)	Grupo priorizado	Programa	Firma
1	11	NA	Sara Sofia Giraldo	T.I	1060590927	17	M	F	3215613870	Bosque	Macarena	SI	SI	NA	NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
2	11	NA	Sebastian Rincon	R.C	1247868586	3	H	M	3184705011	La linda	Atardeceres	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
3	11	NA	Jorge Giraldo Lopez	C.C	1002652597	37	H	M	3136206921	San Cayetano	C. Norte	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
4	11	NA	Adriana Giraldo Salazar	C.C	1053770432	44	M	F	3136206927	San Cayetano	C. Norte	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
5	11	NA	Thomas Sanchez T	T.I	1054880481	12	H	M	3107392657	Minitas	Fundadores	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
6	11	NA	Maria Raquel Velez	C.C	24711282	80	M	F	3192586755	Villa hermosa	Nuevo Horizonte	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
7	11	NA	Martha Lucia Duque	C.C	24327897	74	M	F	3126150086	Velez	Fuente	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
8	11	NA	Ronald Lopez Lopez	C.C	1110087400	37	H	M	3215203822	Quinta hispanica	Atardeceres	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
9	11	NA	Luz Dary Cardenas Valencia	C.C	30304314	63	M	F	3207888	El Cocuyo	Fuente	SI	SI	NA	NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
10	11	NA	Miguel Angel Lopez Echeverry	R.C	1056141920	6	H	M	3147974	Fontenaro	Macarena	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
11	11	NA	Jose Giovanny Sierra	C.C	1099706406	39	H	M	3128595	Cerro bet	C. Norte	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
12	11	NA	Thiago Pineda Gaviria	R.C	1054402059	3	H	M	3245126747	Camilo Torres	Universitario	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
13	11	NA	Javier Antonio Torres	C.C	10252648	64	H	M	3145890937	Vereda Cuchilla	Agroturistico	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
14	11	NA	Ana Isabel Ramirez	C.C	30311307	60	M	F	3117286407	Proxxima	Universitario	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
15	11	NA	Jordan Stiven Escobar	R.C	1006141269	6	H	M	3106667733	Granada	Fuente	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARIO	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	

Convenciones

1. **# Ficha:** Escriba el numero de ficha si la tiene, de lo contrario escriba NA (No aplica)
2. **Tipo de Identificación: CC:** Cedula de Ciudadania, **CE:** Cedula de Extranjeria, **P:** Pasaporte, **PEP:** Permiso Especial de Permanancia, **RC:** Registro Civil, **SI:** Sin Identificación, **TI:** Tarjeta de Identidad
3. **Sexo:** H:Hombre M:Mujer, I:Intersexual.
4. **Identidad:** M:Masculino, F:Femenino, T:Trans, NB:No binario.
5. **Grupo Etnico: NE:** Negro, **AF:** Afrodescendientes, **RA:** Raizales; **PA:** Palenqueros; **IN:** Indigenas, **RO:** Room; **NA:** No Aplica,
6. **Entorno:** Comunitario, Hogar, Institucional, Laboral, Escolar.

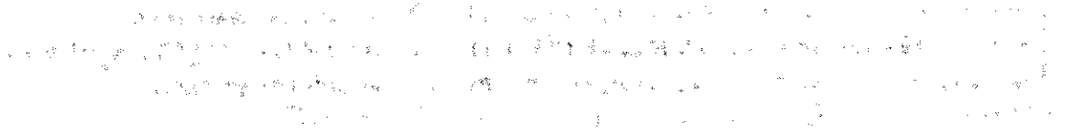
Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012: "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por el personal de salud (nombres)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

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









ALCALDÍA DE MANIZALES

ALCALDÍA DE MANIZALES
INTE...ENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA
REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

Versión en revisión

Contratista Hospital general san isidro N° Contrato 2508270977 Mes Diciembre
Responsable grupo certificador Tipo de actividad certificacion Duración

#	Día	# ficha filar	Nombres y Apellidos	Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Víctima (SI-NO)	Grupo etnico (ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno (ver lista)	Grupo priorizado	Programa	Firma
1	11	NA	Sebastian Andres Arrstrabal	TI	1053875408	17	H	H	3144547477	Galeras	San Jose	Si	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
2	11	NA	Alba Cecilia Cuervo Grajales	C.C	30298635	68	M	F	3054475512	San sebastian	Ciudad Nivel	Si	No	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
3	11	NA	Gloria del Socorro Serna P.	C.C	41906726	61	M	F	3044539332	Alto Tablazo	Agroturistico	Si	No	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
4	11	NA	Jorge Enrique Cardona Hern.	CC	10257034	71	H	M	6068856607	La cumbre	Ecoturistico	Si	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
5	11	NA	Jessica Paola Quintero Sánch	CC	1053821240	33	M	F	3117004982	Enea	tesorito	Si	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
6	11	NA	Rosa Delia Agudelo Carmona	CC	24317567	71	M	F	3148838599	Comuneros	Nuevo Horizonte	Si	No	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
7	11	NA	Jhon Jairo Chica Cardo.	C.C	10278917	57	H	H	3127955335	20 Julio	Macarena	Si	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
8	11	NA	Maria Fernanda Gomez Loaiza	C.C	1054398178	21	M	F	3137467482	Chipre	Manrique	Si	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
9	11	NA	Maria Cira Osorio Alzate	C.C	30886892	81	M	F	3023143416	Cultura	Ecoturistico	Si	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
10	11	NA	Yeidy Vanessa Gutierrez G.	C.C	1053844044	27	M	F	3147127623	Alcazares	Atardeceres	Si	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
11	11	NA	Linda Samantha Fernandez	T.I	1073548887	7	M	F	3165584879	Cerbe	Ciudadela Nte	Si	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
12	11	NA	Sarita Ocallos Sanchez	T.I	1055367591	13	M	F	3142969157	Cerbe	Ciudadela Nte	Si	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	

Convenciones

- **# Ficha:** Escriba el numero de ficha si la tiene, de lo contrario escriba NA (No aplica)
- **Tipo de Identificación:** CC: Cedula de Ciudadania, CE: Cedula de Extranjeria, P: Pasaporte, PEP: Permiso Especial de Permanancia, RC: Registro Civil, SI: Sin Identificación, TI: Tarjeta de Identidad
- **Sexo:** H:Hombre, M:Mujer, I:Intersexual.
- **Identidad:** M:Masculino, F:Femenino, T:Trans, NB:No binario,
- **Grupo Etnico:** NE: Negro, AF: Afrodescendientes, RA: Raizales; PA: Palenqueros; IN: Indigenas, RO: Room; NA: No Aplica.
- **Entorno:** Comunitario, Hogar, Institucional, Laboral, Escolar.

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

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

ALCALDÍA DE MANIZALES

INTE... NCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA

REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

Versión en revisión

Contratista H. General San Isidro N° Contrato 2508270171 Mes Diciembre

Responsable Grupo certificación Tipo de actividad certificación Duración

#	Día	# ficha filiar	Nombres y Apellidos	Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NS)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Víctima (SI-NO)	Grupo etnico (ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno (ver lista)	Grupo priorizado	Programa	Firma
12	1	NA	Julietha Galvis R	TI	1055759787	13	M	F	3005147741	Villa Pilar	Atardeceres	SI			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Alison Rodriguez
12	2	NA	Juan Diego Tapias	TI	1056136526	9	H	M	3145291810	Ruta del Sol	Ciudadela Norte	SI			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Juan Diego Tapias
12	3	NA	Jeronimo Cardo Cared.	TI	1054[illegible]8	8	H	M	3145[illegible]0	Vereda Alto [illegible]	Manantial	SI			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Dinora Cardona
12	4	NA	Jhoan Sebastian Granada	C.C	1026[illegible]7	22	H	M	3143609863	Vereda [illegible]	Colombia	SI			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Sebastian G
12	5	NA	Mateo Morales Franco	T.I	1056140132	7	H	M	3206038753	Topacio	C. Norte	SI			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Alejandra Franco R
12	6	NA	Angel Gabriel Giraldo	CC	1617[illegible]63	H	M	3108[illegible]	[illegible]	C. Norte	SI			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
12	7	NA	Maria Paz Silva Ramirez	TI	1055367457	12	M	F	3017698962	Cervantes	San Jose	SI			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Luz Yaned R.
12	8	NA	Rafael Gaviria Montoya	RC	1055763598	1	H	M	3182219377	Villapilar	Atardeceres	SI			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Monica Montoya R.
12	9	NA	Thomas Gabriel Aya Rojas	T.I	1[illegible]	10	H	M	3022228939	Américas	Cumanday	SI			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Jose aya.
12	10	NA	Juan Carlos Vasquez	CC	80189331	41	H	M	3027407322	Américas	Cumanday	SI			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	JUAN C Vasquez
12	11	NA	Ana Cecilia Ospina	CC	30289451	61	M	F	3226511886	Bosques Norte	C. Norte	SI			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Ana Cecilia Ospina
2	12	NA	Yeyson Alexis Gutierrez	TI	1055769630[illegible]	H	M	3128758[illegible]	Sin Jose	Sin Jose	SI				NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Luz Dynery Torres
3	12	NA	Salome Vanegas O.	C.C	1054864636	16	M	F	3245466120	Palermo	C. Norte	SI			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Julio.
4	12	NA	Andrea Valderrama	TI	1055757717	16	M	F	3227205[illegible]	Colombia	Ecuestre	SI			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Adriana G.
5	12	NA	Juan Jose Montaña	C.C	1054864637	19	H	M	3143505[illegible]	Villahermosa	Nuevo Manizales	SI			NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	

Convenciones

- # Ficha: Escriba el numero de ficha si la tiene, de lo contrario escriba NA (No aplica)
- Tipo de Identificación: CC: Cedula de Ciudadania, CE: Cedula de Extranjeria, P: Pasaporte, PEP: Permiso Especial de Permanancia, RC: Registro Civil, SI: Sin Identificación, TI: Tarjeta de Identidad
- Sexo: H:Hombre, M:Mujer, I:Intersexual
- Identidad: M:Masculino, F:Femenino, T:Trans, NB:No binario.
- Grupo Etnico: NE: Negro, AF: Afrodescendientes, RA: Raizales, PA: Palenqueros, IN: Indigenas, RO: Room, NA: No Aplica.
- Entorno: Comunitario, Hogar, Institucional, Laboral, Escolar.

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

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

ALCALDÍA DE MANIZALES

INTERV. ...ONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA

REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

Versión en revisión

Contratista Hospital General San Isidro N° Contrato 2508270971 Mes Diciembre 12/25

Responsable Grupo certificador Tipo de actividad certificacion Duración

#	Día	# ficha fiar	Nombres y Apellidos	Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Víctima (SI-NO)	Grupo etnico (ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno (ver lista)	Grupo priorizado	Programa	Firma
1	12	NA	Salome Alzate Hernandez	TI	1054870979	16	M	F	3018194732	Naranjo	La Fuente	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Salome A
2	12	NA	Maria Paz Galvis	TI	1054813273	10	M	F	3116331120	Fatima	Universitaria	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Maria Paz
3	12	NA	Blanca Aurora Toro Toro	CC	66700296	66	M	F	3207647562	Julio	Macarena	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Yuliana Grajales
4	12	NA	Maria Melva Arango Gonzalez	CC	24850799	65	M	F	3131298577	La Sultana	Ecoturistico	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Mariana Medina
5	12	NA	Cluchio Felipe Valencia Gomez	CC	1053824786	33	H	M	3176820588	Centro	Ciudadela	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Andres Felipe Valencia Q
6	12	NA	Jorge Aucterlonie Escobar Arcila	CC	10250063	65	H	M	3145825248	Bosques	Norte	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
7	12	NA	Santiago Martinez Cortez	CC	1053734653	18	H	M	3216910384	Palermo	Norte	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Santiago martinez
8	12	NA	Gabriel Machado Toro	TI	1054400946	10	H	M	3148939845	Enea	Tesorito	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Gabriel machado
9	12	NA	Oriol - Patiño Cortes	CS	10257739	63	H	M	3213224	Pedro S. L	Ciudadela norte	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Oriol Patiño
10	12	NA	Ricardo Gutierrez Ospina	TI	1054401340	7	H	M	3104169402	Otun	Tesorito	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Ricardo Gutierrez Ospina
11	12	NA	Maria Jose Gomez Bedoya	CC	1126590747	19	M	F	3148739478	San Antonio	Macarena	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
12	12	NA	Juan Camilo Buitrago	TI		14	M	M	3002458585	la cumbre	Ecoturistico	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	JUAN CAMILO
13	12	NA	Guillermo Franco Gomez	CC	10266160	73	H	M	3042910226	Villa real	Fuente	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Luz Helena C
14	12	NA	Pedro Antonio Trejos	CC	18601078	53	H	M	3105284981	vereda la cabaña	Romans	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Jose P Hurtado
15	12	NA	Mario Rivera Beltran	CC	10222711	78	H	M	3128441000	Vereda El 24	Colombia	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	Mario Rivera
16	12	NA	Nancy Yaneth Nieto	CC	30315372	56	M	F	3127108589	Galicia	Ecoturistico	SI	NO	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	

Convenciones

1. # Ficha: Escriba el numero de ficha si la tiene, de lo contrario escriba NA (No aplica)
2. Tipo de Identificación: CC: Cedula de Ciudadania, CE: Cedula de Extranjeria, P: Pasaporte, PEP: Permiso Especial de Permanancia, RC: Registro Civil, SI: Sin Identificación, TI: Tarjeta de Identidad
3. Sexo: H:Hombre, M:Mujer, I:Intersexual
4. Identidad: M:Masculino, F:Femenino, T:Trans, NB:No binario.
5. Grupo Etnico: NE: Negro, AF: Afrodescendientes, RA: Raizales, PA: Palenqueros, IN: Indigenas, RO: Room, NA: No Aplica
6. Entorno: Comunitario, Hogar, Institucional, Laboral, Escolar.

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

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

ALCALDÍA DE MANIZALES

ALCALDÍA DE MANIZALES
INTE[R]VENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA
REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

Versión en revisión

Contratista H.G.S.I N° Contrato 2508270971 Mes Diciembre
Responsable Grupo Certificación Tipo de actividad certificacion Duración

#	Día	# ficha filiar	Nombres y Apellidos	Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Víctima (SI-NO)	Grupo etnico (ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno (ver lista)	Grupo priorizado	Programa	Firma
1	15	NA	Maria Clemencia Patiño	CC	30285926	64	M	F	3177298601	Minitas	Comuna Uno	Si	No	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	MCPA
2	15	NA	Byron Amaya	CC	7085441	48	H	M	3042944488	Peralonso	C. Norte	Si	Si	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Byron
3	15	NA	Blanca Nidia Aguirre	CC	30332412	51	M	F	3869428220	Bengala	C. Norte	Si	No	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Blanca Nidia
4	15	NA	Maria Virgelina Martinez	CC	30271484	70	M	F	3116241248	Alto Caribe	N. Horizonte	Si	No	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Martinez
5	15	NA	Sara Naranjo Gonzalez	TI	1054876472	14	M	F	3223595561	Vereda Hoja Fria	Manantial	Si	No	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
6	15	NA	Angie Milena Grisales	TI	1111951710	12	M	F	3229578[illegible]	Caribe	C. Norte	Si	No	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Ang Milena
7	15	NA	Salome Garcia Arcila	TI	1054837755	16	M	F	3013891962	Cambre	Ecoturistica	Si	No	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Salome Garcia
8	15	NA	Santiago Bueno V.	CC	1607350[illegible]	22	H	M	3001522799	Palermo	Tesorito	Si	No	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	dmj
9	15	NA	Juan David Pinilla Alvarez	CC	1053826894	37	H	M	3206080165	Puerta del Sol	Atardeceres	Si	No	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Juan David P.
10	15	NA	Monica Patricia Bernal	CC	30304431	58	M	F	3167917201	Paraiso	Fuente	Si	No	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
11	15	NA	Paula Alejandra Soto	CC	1053784[illegible]	32	M	F	3128182412	San Ignacio	San Jose	Si	No	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Paula Alejandra
12	15	NA	Emanuel Lopez Gallo	CC	1054866571	18	H	M	3113159286	Arauyuet	Tesorito	Si	No	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Emmanuel L
13	15	NA	Maria Camila Martinez	TI	1092 78291	16	M	F	3136[illegible]4588	Campos	Atardeceres	Si	No	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	Nany Im Grisals
14	15	NA	Annie Camila Quintero	CC	1112802932	28	M	F	3164954971	Avenida Bolivariana	Comandante	Si	No	NA	NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	T.M.
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	
		NA													NA	HGSI	COMUNITARI	DISCAPACIDA	DISCAPACIDAD	

Convenciones

 # Ficha: Escriba el numero de ficha si la tiene, de lo contrario escriba NA (No aplica)
Tipo de Identificación: CC: Cedula de Ciudadania, **CE:** Cedula de Extranjeria, **P:** Pasaporte, **PEP:** Permiso Especial de Permanancia, **RC:** Registro Civil, **SI:** Sin Identificación, **TI:** Tarjeta de Identidad
Sexo: H:Hombre. M:Mujer. I:Intersexual.
Identidad: M:Masculino, F:Femenino, T:Trans, NB:No binario.
Grupo Etnico: NE: Negro, AF: Afrodescendientes, RA: Raizales; PA: Palenqueros; IN: Indigenas. **RO**: Room; NA: No Aplica.
Entorno: Comunitario, Hogar, Institucional, Laboral, Escolar.

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

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