Capacitación a padres de familia y líderes comunitarios para abordar temas de salud sexual en la cual se aboradarán las preguntas anónimas que han formulado los adolescentes y jóvenes en el proceso de formación (mínimo 20 personas)

# URBANO

| | | |
|---|---|---|
| [redacted] | **FORMATO** | VERSIÓN: 02 |
| | **ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA** | FECHA: 15-08-2012 |
| | **PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD** | PÁGINA 1 DE 1 |

## ACTA DE REUNIÓN

| | |
|---|---|
| Lugar: B. la Cruz | Hora de Inicio: 3: pm |
| Fecha 10-09-2025 | Hora de Finalización: 5: pm. |

**Objetivo(s) de la Reunión**

Capacitacion a padres de familias y lideres Comunitarios, para abordar temas de Salud sexual en la cual se abordaron preguntas anonimas que han formulado los adolecentes en el Proceso de formación

**Desarrollo de la Reunión**

Durante la actividad se realizo lo sgte.
Saludo de bienvenida.
presentacion del profesional
Desarrollo del tema
Interaccion con el grupo Preguntas
Aflojar respuestas.
Pregunta pos actividad
Conclusiones.

**Conclusiones**

se realizo de forma adecuada, activa buscando siempre la participacion de los asistentes en dicha actividad.

**Recomendaciones**

Realizar este tipo de actividades de forma frecuente. incluir este tipo de actividades en el ambiente escolar.

**Responsables de la Actividad**

Jeiblis
Yorgen
Enfermeros

3.

HOSPITAL SAN JOSÉ

# FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

vpic | Secretaría de Salud de Córdoba

EJE: Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Capacitación a padres de familia y líderes comunitarios para abordar temas de salud sexual en jóvenes.

| DIA: | 10 | MES: | 09 | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | B. la cruz | ZONA: | urbano |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Carmen velasquez | C.C | 50860048 | 3745467447 | 57 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Carmen |
| 2 | luisa Berrocal | C.C | 76237766 | 3745467461 | 64 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | luisa Berrocal |
| 3 | Samir a Guirre | C.C | 7068875651 | 3077439820 | 34 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Samir |
| 4 | oSnaider segura | C.C | 1149347663 | no tengo | 16 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | oSnaider |
| 5 | ofelia Nieto | C.C | 34476823 | no tengo. | 63 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | OFelioi Nieto |
| 6 | Alexi manuel | C.C | 7068808963 | 3106423069 | 20 | M | H | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Alexi tamara |
| 7 | Moira alvarez | C.C | 7068804754 | 3249350736 | 74 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | maria a |
| 8 | Rosiris zapata | C.C | 50867654 | 3205343460 | 54 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Rosiris |
| 9 | Maira inez Hernandez | C.C | 34996572 | No tengo | 54 | M | F | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Maira H. |
| 10 | Yaquelin Negrete. | C.C | 30430704 | 3135925460 | 45 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Yaquelin |

HOSPITAL SAN JOSE

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

EJE: Atención Primaria en Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Capacitación a padres de familia y líderes comunitarios para abordar temas de Salud Sexual y Reproductiva.

| DIA: | 10 | MES: | 09 | AÑO: | 2025. | UBICACIÓN: | B. la cruz | ZONA: | urbano |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Humberto romero | C.C | 10901244 | 313467 9039 | 38 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Humberto |
| 2 | Mirtha judith d | C.C | 50860791 | 320607 5372 | 56 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Mirtha |
| 3 | Falco ramos | C.C | 26247625 | no tengo | 98 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Falco Ramos |
| 4 | Yoni Benitez | C.C | 708999940 | 313554 7237 | 40 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Yoni Benitez |
| 5 | Miguel conkio | C.C | 708970 29 | 31360366 39 | 35 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Miguel C. |
| 6 | John usuga | C.C | 1102044G | 31179607 37 | 54 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | John Usuga |
| 7 | Jose andres | C.C | 706882B 76 | no tengo | 28 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Jose Andres |
| 8 | Neluadis negrete | C.C | 7001026 G 76 | 3743388 254 | 30 | F | M | | | | | | | | X | X | | . | X | | | | X | | Neluadis N. |
| 9 | Arnolfo Antonio | C.C | 708964 29 | 32736077 95 | 40 | M | H | | | | | | — | | X | X | | | X | | | | X | | Arnulfo A |
| 10 | Emil arnolfo camaño | C.C | 8435737 | 3273607745 | 50 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Emil |

G.

| | | |
|---|---|---|
| HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted] | INFORME DE EJECUCION<br>PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025 | pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud<br>GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA |

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | BARRIO LA CRUZ |
| **Fecha:** | 10/09/2025 |
| **Personas Intervenidas:** | 20 |

Capacitación a padres de familia y líderes comunitarios para abordar temas de salud sexual en la cual se abordarán las preguntas anónimas que han formulado los adolescentes y jóvenes en el proceso de formación





| | | |
|---|---|---|
| [redacted] | FORMATO | VERSIÓN: 02 |
| | ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA | FECHA: 15-08-2012 |
| | PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD | PÁGINA 1 DE 1 |

## ACTA DE REUNIÓN

| | |
|---|---|
| Lugar: B. espina perez | Hora de Inicio: 3: pm |
| Fecha 15/09/2025 | Hora de Finalización: 5: pm. |

**Objetivo(s) de la Reunión**

Capacitacion a Padres de familias y lideres comunitarios para abordar temas de Salud sexual en la cual fe abordaron preguntas anonimas q dejan formulo los adolescentes en el Proceso de formacion

**Desarrollo de la Reunión**

Durante la actividad se realizo lo sgte
Saludo de bienvenida
Presentacion del profesional
desarrollo del tema
Interaccion con el grupo de preguntas.
Arreglar Respuestas.
pregunta post actividad
Conclusiones.

**Conclusiones**

Se realizo de forma adecuada actividad buscando siempre la participación de los asistentes en dicha actividad

**Recomendaciones**

Realizar este tipo de actividades de forma frecuente incluir este tipo de actividades en el ambiente escolar.

**Responsables de la Actividad**

Leidis Vargas
ENFJefe

Oscar Parra
Asistente

HOSPITAL SAN JOSÉ

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud | Secretaría de Salud Córdoba

EJE: Atención primaria en salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Capacitación a padres de familia y líderes comunitarios para abordaje temas de salud sexual.

| DIA: | 15 | MES: | Septiembre | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | B. Alpina Pereira | ZONA: | Urbana |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Julia Diaz Diaz | C.C | 100.346.5113 | 3203455738 | 34 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Julia D. |
| 2 | Consuelo Diaz | C.C | 1068806888 | 3202555081 | 43 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Consuelo |
| 3 | Ismenia Pereira | C.C | 1068867308 6 | 3218273198 | 39 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Ismenia |
| 4 | Yan Carlos Diaz | C.C | 1070715452 8 | 3204883368 | 28 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Yan Carlos |
| 5 | Nancy Diaz | C.C | 5086 0511 | 3028010687 | 38 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Nancy Diaz |
| 6 | Jose manchado | C.C | 1068808 249 | 3017536827 | 20 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Jose manchado |
| 7 | Gabriel manchado | C.C | 7343920 | 3173075044 | 86 | M | H | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Gabriel. |
| 8 | Ali paez | C.C | 70841489 | 3145445534 | 60 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Ali |
| 9 | Luis morales | C.C | 1003465451 | no tiene | 65 | M | H | | | | | | - | | X | X | | | | X | | | X | | Luis |
| 10 | Oscar Parra | C.C | 1003 7379 52 | 3018305364 | 41 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Oscar Parra. |

HOSPITAL SAN JOSÉ

# FORMATO DE ASISTENCIA

## CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud | GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

**EJE:** Atencion Primaria en Salud

**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** capacitacion a padres de familia y lideres comunitarios para abordar temas salud sexual

| DIA: | 15 | MES: | septiembre | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | B. alpina Perez | ZONA: | Urbana |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Milton Parra | C.C | 1078802353 | 3127478677 | 54 | | | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Milton |
| 2 | Anibal Vasquez | C.C | 7068834 27 | 3,127,47 8617 | 68 | | | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Anibal Vasquez |
| 3 | Oscar pares | C.C | 7003737 952 | 30783053 69 | 47 | | | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Dso |
| 4 | Didier esquivel | C.C | 7040362 866 | 3207854865 | 39 | | | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Didier F. |
| 5 | carlos cogollo | C.C | 70688222 804 | 3182038820 | 63 | | | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Carlos Cogollo. |
| 6 | luis vasquez | C.C | 75608031 | 3204704179 | 72 | | | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Luis |
| 7 | yeimi lora | C.C | 50571878 | 3722442428 | 33 | | | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Yeimy Lora |
| 8 | Domingo yorende | C.C | 7383457 | 3044433763 | 67 | | | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Domingo |
| 9 | Alveiro pereira | C.C | 78 742324 | 3116137462 | 48 | | | | | | | | | – | X | X | | | X | | | | X | | Alberto P. |
| 10 | Wilber torres | C.C | 7068820648 | 3176167378 | 62 | | | . | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Wilber |

| | | |
|---|---|---|
| HOSPITAL SAN JOSE [redacted] | INFORME DE EJECUCION<br><br>PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025 | pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud<br>GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA |

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | **BARRIO OSPINA PEREZ** |
| **Fecha:** | 15/09/2025 |
| **Personas Intervenidas:** | 20 |

Capacitación a padres de familia y líderes comunitarios para abordar temas de salud sexual en la cual se abordarán las preguntas anónimas que han formulado los adolescentes y jóvenes en el proceso de formación





Jornadas de tamizaje para ITS (VIH y sífilis), con enfoque preventivo a personas entre 15 y 60 años de edad por parte de personal certificado en POCT. Se debe garantizar la asesoría pre y post prueba y la entrega de cinco (05) preservativos a las personas que accedan a las pruebas. se debe garantizar la canalización efectiva de los usuarios con resultados resctivos a la IPS primaria para captación de los casos resguardando la confidencialidad. Mínimo 20 personas

| | | |
|---|---|---|
| HOSPITAL SAN JOSE [redacted] | INFORME DE EJECUCION<br>PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025 | pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud<br>GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA |

# RURAL

| | | |
|---|---|---|
| [redacted] | FORMATO | VERSIÓN: 02 |
| | ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA | FECHA: 15-08-2012 |
| | PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD | PÁGINA 1 DE 1 |

## ACTA DE REUNIÓN

| | |
|---|---|
| Lugar: Veras Abajo | Hora de Inicio: 2: pm |
| Fecha 25/09/2017 | Hora de Finalización: 4: pm. |

**Objetivo(s) de la Reunión**

Realizar Jornada de Tamisaje Para Its, VIH, Y Sifilis a personas entre 15-60 años. mediante Charla educativa Y toma de pruebas Rapidas

**Desarrollo de la Reunión**

Se realiza Jornada con 20 personas de la Sgte manera
Presentacion
Charla educativa sobre Its, VIH Y sifilis
Retroalimentación, Respuesta a dudas,
toma de Pruebas rapidas Y entrega de resultados.
Conclusiones.

**Conclusiones**

dos personas participaron activamente durante la activi dad.

**Recomendaciones**

Continuar educando Y promoviendo realizacion de tamisajes en la Poblacion.

**Responsables de la Actividad**

Distribuidor.
Enf. Jefe.

Baldomina Castellano
Tecnologo.

| | | |
|---|---|---|
| HOSPITAL SAN JOSE | FORMATO DE ASISTENCIA | vpic |
| | CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025 | |

EJE: Atención Primaria en Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de tamizaje para VIH y sífilis y personas entre 15-60 años.

| DIA: | 20 | MES: | Septiembre | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | Cenao abajo | ZONA: | Rural |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Jaime Navarro | cc | 70529621 | 3115012175 | 63 | m | H | | | | | | | | x | x | | | x | | | | x | | Jaime Navarro |
| 2 | Oscar maussa T | cc | 7089767 | 3168760834 | 40 | m | H | | | | | | | | x | x | | | x | | | | x | | Oscar maussa |
| 3 | Jose zurita Ramo | cc | 7074000778 | 3183168538 | 41 | m | H | | | | | | | | x | x | | | x | | | | x | | Jose Zurita Ramo |
| 4 | Juan David Lopez | cc | 7068815910 | 3164052353 | 38 | m | H | | | | | | | | x | x | | | x | | | | x | | Juan David Lopez |
| 5 | Samith Alberto Arbel | cc | 7073968147 | 3122786185 | 29 | m | H | | | | | | | | x | x | | | x | | | | x | | Samith Alberto |
| 6 | Ruben pinto orozco | cc | 7001025505 | 3203193382 | 39 | m | H | | | | | | | | x | x | | | x | | | | x | | Ruben orozco |
| 7 | Jose luis lozano | cc | 7007745926 | 3203158135 | 37 | m | H | | | | | | | | x | x | | | x | | | | x | | Jose Luis lozano |
| 8 | manuel esteba R. | cc | 73095337 | 3212494696 | 68 | m | H | | | | | | | | x | x | | | x | | | | x | | manuel esteba |
| 9 | Oscar Ruiz | cc | 756069 64 | 3233767800 | 71 | m | H | | | | | | | | x | x | | | x | | | | x | | Oscar Ruiz |
| 10 | Luis F Blanquicet | cc | 7003465419 | 318 708 0657 | 36 | m | H | | | | | | | | x | x | | | x | | | | x | | Luis Blanquicet |

HOSPITAL SAN JOSÉ

# FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

EJE: Atencion Primaria en Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de tamisaje para VIH y SIFILIS a personas entre 15-60 años.

| DIA: | 20 | MES: | septiembre | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | Venado abajo. | ZONA: | Rural. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Denis miguel | cc | 1090301 | 3203158135 | 38 | F | m | | | | | | | | + | | | | + | | | | + | | |
| 2 | Jairo manuel G. | cc | 78689141 | 3233768800 | 58 | m | H | | | | | | | | + | | | | + | | | | + | | Jairo Gallego |
| 3 | Alfredo Cruz M | cc | 9066488 | 3243923068 | 70 | m | H | | | | | | | | + | | | | + | | | | + | | Alfredo Cruz |
| 4 | Daniel Gamero | cc | 1062956968 | 3234253362 | 32 | m | H | | | | | | | | + | | | | + | | | | + | | Daniel Gamero |
| 5 | Alfa negrette | cc | 30982503 | 3133847833 | 68 | F | m | | | | | | | | + | | | | + | | | | + | | Alfa Negrete |
| 6 | miranda Perez | cc | 1068806704 | 3142598620 | 29 | F | m | | | | | | | | + | | | | + | | | | + | | Miranda Perez |
| 7 | Jonatan soto | cc | 1040743616 | 3126002929 | 35 | m | H | | | | | | | | + | | | | + | | | | + | | Jonatan. |
| 8 | Gladis Hernandes | cc | 2624906 3 | 3203193382 | 57 | F | m | | | | | | | | + | | | | + | | | | + | | Gladis Hernandez |
| 9 | Juan manuel Paez | cc | 1068815794 | 3203158135 | 33 | m | H | | | | | | | | + | | | | + | | | | + | | Juan Paez |
| 10 | Jesus maria lugo | cc | 1068821752 | 3212498900 | 28 | m | H | | | | | | | | + | | | | + | | | | + | | Jesus Lugo |

9

| | | |
|---|---|---|
| HOSPITAL SAN JOSE [redacted] | INFORME DE EJECUCION<br>PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025 | pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud<br>GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA |

**EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

| | |
|---|---|
| **LUGAR** | MICROTERRITORIO VENAO ABAJO |
| **FECHA** | 20 DE SEPTIEMBRE DE 2025 |
| **HORA** | 2:00 PM 4:00PM |

para articular y programar la realización de jornada de tamizaje para ITS: VIH,SIFILIS a la comunidad entre 15 y 60 años se concertó realizar el primer taller para el día 20 de septiembre de 2025 de 02:00 pm a 04:00 pm. Para esta actividad se logró la realización de la jornada programada donde asistieron 20 personas.





| | | |
|---|---|---|
| [redacted] | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Juan Manuel Paez |
| Historia Clínica: | 1.068.815.194 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, por parte de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Juan Manuel Paez 1.068.815.194

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2<br>Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Marta Peña. |
| **CC N°** | 50897650 |

Mortapeña. Tp 343.

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| **Firmado en la fecha:** | **DIA** | **MES** | **ANO** |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | **DIA** | **MES** | **ANO** |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ---------- NO----------

Juan Manuel Pay _____ CC No 1.068.815.194

**Firma del paciente o Representante**

_____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| [redacted] | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Luis Fernando Blanquicet |
| Historia Clínica: | 7003 46 54 79 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Luis F Blanquicet — 7003 46 54 19

Firma del Paciente — CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Marta Peña. |
| **CC N°** | 50.897.650 |

Marta Peña TP 343

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| **Firmado en la fecha:** | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| Firmado en la fecha: | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ---X--- NO----------

Luis F Blanquicet CC No 1003 46 54 14

**Firma del paciente o Representante**

_____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | manuel esteban R |
| Historia Clínica: | 73 095 337 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aún cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

manuel esteban R — 73095 337

Firma del Paciente — CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2<br>Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO) APROBADO POR:

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

| | |
|---|---|
| Nombre del Bacteriólogo Responsable | Maria peña |
| CC N° | 50897650 |

Maria Peña M 343

Firma del Bacteriólogo Responsable

| Firmado en la fecha: | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| | | | |

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ---X--- NO----------

Manuel esteban R. CC No 73095337

Firma del paciente o Representante

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

| | | |
|---|---|---|
| [redacted] | **PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE** | [redacted] |
| | **LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA** | **VERSION: 2** |
| | | **Fecha:01 07 22** |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Jose Luis Lozano |
| Historia Clínica: | 7007745926 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Jose Luis Lozano — Firma del Paciente

7007745926 — CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

20

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Marta peña |
| **CC N°** | 50.897.650 |

Marta peña TP 343

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| **Firmado en la fecha:** | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ---X--- NO----------

Jose Luis Lozano **CC No** 1007459726

**Firma del paciente o Representante**

_____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | | |
|---|---|---|
| [redacted] | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | [redacted] |
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Reben Pinto |
| Historia Clínica: | 1007025505 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Reben Pinto _____ 1007025505 _____

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Maria Peña |
| **CC N°** | 50.897.650 |

Maria peña TP 343

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| Firmado en la fecha: | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ---X--- NO----------

Reben Pinto Orozco **CC No** 1007 025 505

**Firma del paciente o Representante**

_____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | | |
|---|---|---|
| [redacted] | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Samith Alberto Arbel |
| Historia Clínica: | 1073 968747 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, criterio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Samith Alberto Arbel 1073 968 747

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | | |
|---|---|---|
| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2<br>Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Marta Reña |
| **CC N°** | 50.897.650 |

Marta Reña tp 343

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| **Firmado en la fecha:** | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ---X--- NO----------

Samith Alberto Arbel CC No 1073968147

**Firma del paciente o Representante**

_____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Juan David lopez |
| Historia Clínica: | 7068815910 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, servicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Juan David lopez — 7068815910

Firma del Paciente — CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

23

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2<br>Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Marta Peña |
| **CC N°** | 50.897 650 |

Marta Peña Tp 343

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| **Firmado en la fecha:** | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ---X--- NO----------

Juan David Lopez CC No 1068 315 910

**Firma del paciente o Representante**

_____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Jose Zerita Pano |
| Historia Clínica: | 1074 00 0178 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, criterio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Jose Zerita Pano 1074 00 0178

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Marta Peña |
| **CC N°** | 50.897 650 |

Marta Peña Tp 343

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| **Firmado en la fecha:** | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ---X--- NO----------

Jose Zerita CC No 1089767

**Firma del paciente o Representante**

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

| | | |
|---|---|---|
| [redacted] | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | [redacted] |
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

## CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Oscar macssat |
| Historia Clínica: | 7089767 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, [redacted] cio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de [redacted]d, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Oscar macsset _____ 7089767 _____

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2<br>Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Marta Reina |
| **CC N°** | 50.897.670 |

Marta Reina Tp 343

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| **Firmado en la fecha:** | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ---X--- NO----------

Oscar maussett **CC No** 70897667

**Firma del paciente o Representante**

_____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Jaime navarro |
| Historia Clínica: | 70529621 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, por parte de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Jaime navarro — 70529621

Firma del Paciente — CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2<br>Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Marta Peña |
| **CC N°** | 50.897.636 |

Marta Peña TP 343

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| **Firmado en la fecha:** | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ---X--- NO----------

Jaime Navarro CC No 70529621

**Firma del paciente o Representante**

_____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | | |
|---|---|---|
| [redacted] | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | [redacted] |
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Oscar Reiz |
| Historia Clínica: | 75 60 69 64 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud cómo resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, criterio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Oscar Reiz — 75 60 69 64

Firma del Paciente — CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Marta Peña. |
| **CC N°** | 50897 610 |

Marta Peña TP 343

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| **Firmado en la fecha:** | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ---X--- NO----------

Oscar Poiz CC No 7560 69 64

**Firma del paciente o Representante**

_____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | | |
|---|---|---|
| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

## CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | DEMIS ANGEL |
| Historia Clínica: | 10.903.031 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá sáludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, [illegible]cio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de [illegible]l, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

DEMIS MIGUEL 10.903.031

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Marta Peña. |
| **CC N°** | 50.897.670 |

Marta Peña TP 343

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| **Firmado en la fecha:** | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ---------- NO----------

Denis Miguel CC No 10.903.021

**Firma del paciente o Representante**

_____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | JAIRO MANUEL G. |
| Historia Clínica: | 78.689.191 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

JESUS MANUEL G. 78.689.191

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO) APROBADO POR:

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

| | |
|---|---|
| Nombre del Bacteriólogo Responsable | Maria Peña. |
| CC N° | 56897650 |

Maria Peña tp 343

Firma del Bacteriólogo Responsable

| Firmado en la fecha: | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| | | | |

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ---------- NO----------

FABIO MANUEL B. CC No 78.689.791

Firma del paciente o Representante

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

| | | |
|---|---|---|
| [redacted] | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | ALFREDO CRUZ |
| Historia Clínica: | 9.066.488 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

[redacted] pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de [redacted]ud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, [redacted]ectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

ALFREDO CRUZ — 9.066.488

Firma del Paciente — CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Marta Peña. |
| **CC N°** | 50.897.670 |

Marta Peña tp 343

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| **Firmado en la fecha:** | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ---------- NO----------

Alfonso Ruiz _____ CC No 9.066.488

**Firma del paciente o Representante**

_____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | DANIEL GANDO |
| Historia Clínica: | 1.062.956.968 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, [redacted]icio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de [redacted]ud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

DANIEL GANDO — 1.062.956.968

Firma del Paciente — CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2<br>Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Maka Peña |
| **CC N°** | 50.897.670 |

Maka peña tp 343

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| **Firmado en la fecha:** | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ---------- NO----------

DANIEL GAMEZ CC No 1.062.956.968

**Firma del paciente o Representante**

_____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | ALFA NOGATO |
| Historia Clínica: | 30.982.503 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, servicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

ALFA NOGATO 30.982.503

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Marta Peña |
| **CC N°** | 50.897.650 |

Marta Peña tp 343

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| **Firmado en la fecha:** | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ---------- NO----------

ALEA NOGUETE CC No 30.982.503

**Firma del paciente o Representante**

_____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

## CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | MIRIAM RUIZ. |
| Historia Clínica: | 1.068.806.104 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e Instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de ud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Firma del Paciente

CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Martz Peña |
| **CC N°** | 50.897.650 |

Martz Peña tp 343

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| **Firmado en la fecha:** | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ---------- NO----------

MIRIAM DUQUE CC No 30.688.061.104

**Firma del paciente o Representante**

_____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | | |
|---|---|---|
| [redacted] | **PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE** | [redacted] |
| | **LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA** | **VERSION: 2** |
| | | **Fecha:01 07 22** |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | JONATAN SOTO |
| Historia Clínica: | 1.040.743.616 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. Tambien me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, [redacted]icio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de [redacted]ud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

JONATAN SOTO — 1.040.743.616

Firma del Paciente — CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Marta Peña |
| **CC N°** | 50.897.650 |

Marta Peña Tp 343

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| **Firmado en la fecha:** | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ---------- NO----------

JONATHAN SOTO CC No 1.040.743.616

**Firma del paciente o Representante**

_____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| [redacted] | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | GLEDIS HOYOS DIAZ. |
| Historia Clínica: | 26.249.063 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, [redacted]uicio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de [redacted]ud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

GLEDIS HOYOS DIAZ 26.249.063

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

35

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Maria Pena. |
| **CC N°** | 50.897.650 |

Maria Peña TP 343

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| Firmado en la fecha: | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ---------- NO----------

Gloris Hernandez. CC No 26.249.063

**Firma del paciente o Representante**

_____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | | |
|---|---|---|
| [redacted] | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | [redacted] |
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | JESUS MANUEL LUGO |
| Historia Clínica: | T. 068.921.152 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

JESUS MANUEL LUGO — T. 068. 921.152

Firma del Paciente — CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

_____

APROBADO POR:

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

| | |
|---|---|
| Nombre del Bacteriólogo Responsable | Marta Peña |
| CC N° | 50.891.650 |

_____

Firma del Bacteriólogo Responsable

| Firmado en la fecha: | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| | | | |

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ---------- NO----------

JOSUE MOVIC LUJO CC No 1.068.821.152

Firma del paciente o Representante

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

Organizar en al microterritorio urbano un evento mensual en el que se realicen mediciones de peso, toma de presión arterial, toma de glucometría, índice de masa corporal (IMC) y test de Snellen, previo a esto se debe dar una charla sobre la importancia de los hábitos saludables y los impactos de las condiciones no transmisibles en la calidad de vida. En caso de encontrar un resultado anormal, remitir el usuasrio a las ESE del municipio para su atención.

# URBANO

| | | |
|---|---|---|
| [redacted] | FORMATO | VERSIÓN: 02 |
| | ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA | FECHA: 15-08-2012 |
| | PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD | PÁGINA 1 DE 1 |

## ACTA DE REUNIÓN

| | |
|---|---|
| Lugar: B. la Cruz | Hora de Inicio: 3: pm |
| Fecha 09/09/2015 | Hora de Finalización: 5: pm |

**Objetivo(s) de la Reunión**

Realizar Jornada de Tamisaje Cardiovascular, Charla educativa de habitos saludables, Toma de Presion Arterial, Glucometria para. (Imc) tes de Snells.

**Desarrollo de la Reunión**

Durante la actividad se realizo lo siguiente.
Saludo de bienvenida
presentacion
Educacion mediante charla habitos saludables.
Jornada de Tamisaje para Glucometria, Presion Arterial, Imc, tes de Snells.
Socializar resultados.
Preguntas y respuestas.

**Conclusiones**

se realizo educacion en habitos saludables. Y Promocion del auto cuidado.

**Recomendaciones**

Realizar actividad Fisica minimo 3 veces x Semana
Alimentacion saludable.
Realizar talleres de habitos saludables.

**Responsables de la Actividad**

Dextor Vasper.
Enf Jefe

Ana Herrera
Auxiliar

HOSPITAL SAN JOSÉ

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud | Gobernación de Córdoba

EJE: Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Mediciones de peso, Toma de Presión Arterial, toma de Glucometría, (Frac) y Jornada de Sneller.

| DIA: | 09 | MES: | Septiembre | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | B. la Cruz | ZONA: | Urbano |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Jairo miranda | cc | 7868919 | 312 321 5962 | 62 | M | H | | | | | | | | X | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | | Jairo Miranda |
| 2 | ana Patricia Herrera | Ce | 257854 45 | 312 313 2585 | 52 | F | M | | | | | | | | X | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | | ANA Herrera |
| 3 | ester suare S | cc | 7068 809 422 | 313214 3858 | 37 | F | M | | | | | | | | X | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | | EsterSuarez |
| 4 | luis fernando Blanquicet | cc | 7003 465 419 | 313 214 7462 | 32 | M | H | | | | | | | | X | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | | Luis Blanquicet |
| 5 | omaira Salgado | cc | 26248 543 | 310 297 2092 | 48 | F | M | | | | | | | | X | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | | omaira Salgado |
| 6 | ana De la rosa | cc | 7089583 0 | 3172778 2253 | 29 | F | M | | | | | | | | X | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | | ANA DE la ROSA |
| 7 | Sindy Caviria | cc | 7068 815 661 | 314202 0453 | 24 | F | M | | | | | | | | X | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | | Sindy Caviria |
| 8 | Juan manuel Paez | cc | 7068815 794 | 312540 5586 | 32 | M | H | | | | | | | | X | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | | Juan manuel |
| 9 | ASTrid DiAz M | cc | 7068806 414 | 320 702 7937 | 40 | F | M | | | | | | | | X | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | | |
| 10 | Jesus maria lugo | cc | 7068821 752 | 310326 9421 | 39 | M | H | | | | | | | | X | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | | |

HOSPITAL SAN JOSÉ

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

pic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud | Gobernación de Córdoba

EJE: Atencion primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Mediciones de peso, Toma de presión arterial, toma de glucometria tes de Snellen

| DIA: | 09 | MES: | septiembre | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | B. la Cruz. | ZONA: | urbana. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Juan david lopez | cc | 1068815 970 | 310 326 9421 | 36 | M | H | | | | | | | | X | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | | Juan lopez |
| 2 | SamiTH ArGel neGrete | cc | 1073 9681 47 | 312340 6077 | 34 | M | H | | | | | | | | x | ✓ | | | ✓ | | | | + | | SamiTh ArGel |
| 3 | Ruben orozco | cc | 1007025 505 | 310325 65 68 | 40 | M | H | | | | | | | | x | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | | Ruben orozco |
| 4 | Jose luis montes | Cc | 1007745 926 | 322 414 05 64 | 39 | M | H | | | | | | | | x | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | | Jose montes |
| 5 | liris del socorro noble | cc | 26 2498 05 | 324.213 7325 | 58 | F | M | | | | | | | | x | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | | liris socorro |
| 6 | nedy luz suarez | cc | 505704 09 | 310 325 2878 | 49 | F | M | | | | | | | | x | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | | NEDY suarez |
| 7 | Denis miguel correa | cc | 70 903 0 31 | 322 414 0573 | 39 | F | M | | | | | | | | x | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | | Denis Correa |
| 8 | miladys Babilonia | cc | 50861 4 27 | 312 312 5257 | 59 | F | M | | | | | | | | x | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | | Miladys. |
| 9 | Jariedis Hernandez | cc | 1068 817 560 | 315 700 96 36 | 33 | F | M | | | | | | | | x | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | | Jariedis H. |
| 10 | alfredo cruz M | Cc | 9060488 | 311 274 2825 | 60 | M | H | | | | | | | | x | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | | ALFREDO Cruz |

47

| | | |
|---|---|---|
| HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted] | INFORME DE EJECUCION<br>PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025 | pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud<br>GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA |

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | BARRIO LA CRUZ |
| **Fecha:** | 09 DE SEPTIEMBRE HORA 3:00PM A 5:00PM |
| **Personas Intervenidas:** | 20 |

## DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

ORGANIZAR EN EL MICRO TERRITORIO URBANO UN EVENTO MENSUAL EN EL QUE SE REALICEN MEDICIONES DE PESO, TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL, TOMA DE GLUCOMETRÍA, ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) Y TEST DE SNELLEN, PREVIO A ESTO SE DEBE DAR UNA CHARLA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LOS HÁBITOS SALUDABLES Y LOS IMPACTOS DE LAS CONDICIONES NO TRANSMISIBLES EN LA CALIDAD DE VIDA. EN CASO DE ENCONTRAR UN RESULTADO ANORMAL, REMITIR EL USUARIO A LAS ESE DEL MUNICIPIO PARA SU ATENCIÓN

TOMA DE PRESION



PESO



## GLUCOMETRIA



## TEST DE SNELLEN



## CHARLA



| | | |
|---|---|---|
| HOSPITAL SAN JOSE [redacted] | INFORME DE EJECUCION<br>PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025 | pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud<br>GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA |

# RURAL

| | | |
|---|---|---|
| [redacted] | FORMATO | VERSIÓN: 02 |
| | ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA | FECHA: 15-08-2012 |
| | PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD | PÁGINA 1 DE 1 |

## ACTA DE REUNIÓN

| | |
|---|---|
| Lugar: Venao Arriba. | Hora de Inicio: 3: pm |
| Fecha 27. 09. 2025 | Hora de Finalización: 5: pm. |

**Objetivo(s) de la Reunión**

Realizar Jornada de Tamisaje Cardiovascular charla educativa de habitos Saludable, Toma de presion Arterial, Glucometria, Peso. tes de Snells

**Desarrollo de la Reunión**

Durante la actividad se realizo lo sgte
Saludo de bienvenida
Presentación
Educacion mediante charla habitos Saludables.
Jornada de Tamisaje, peso, Glucometria, Presión Arterial. Ime tes Snells.
Se realizar resultados.
Preguntas y respuestas.

**Conclusiones**

Se realizo educación en habitos Saludables y Promocion del autocuidado

**Recomendaciones**

Realizar actividad Fisica minimo 3 veces por Semana, alimentacion Saludable.
Realizar talleres de habitos Saludables.

**Responsables de la Actividad**

Dixmath Espino
Enf Jefe.

Carmen Velasquez.
Asistente

2V

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

EJE: Atencion primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Medidas de peso Toma de Presion Arterial, toma de Glucometria, test Snells.

| DIA: | 27 | MES: | septiembre | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | Verao Arriba | ZONA: | Rural |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Victor segura | CC | 1147276426 | 3218786471 | 35 | M | H | | | | | | | | + | X | | | + | | | | X | | Victor Segura |
| 2 | Luis mestra | CC | 2823057 | 3214714873 | 40 | m | H | | | | | | | | + | X | | | + | | | | X | | Luis mestra |
| 3 | Mesquicedel | CC | 10900155 | 3218750640 | 54 | m | H | | | | | | | | + | X | | | + | | | | X | | Mesquicedel |
| 4 | Nelly rodriguez | CC | 50572976 | 3072203446 | 40 | F | m | | | | | | | | + | X | | | + | | | | X | | Nelly Ballesteros |
| 5 | David tanes A | CC | 1068807276 | 3212453360 | 40 | m | H | | | | | | | | + | X | | | + | | | | X | | David tanes A |
| 6 | Aideht Guerra | CC | 5057138 5 | 3135484740 | 62 | m | H | | | | | | | | + | X | | | + | | | | X | | Aideht Guerra |
| 7 | Victor segura M | CC | 1068996 23 | 3202076002 | 63 | m | H | | | | | | | | + | X | | | + | | | | X | | Victor Segura |
| 8 | Reinalda romero | CC | 26232367 | 3045474502 | 83 | F | m | | | | | | | | + | X | | | + | | | | X | | Fernanda romero |
| 9 | Emanuel rodriguez | CC | 3220472 | 3202337 3677 | 55 | F | m | | | | | | | | + | X | | | + | | | | X | | Emanuel |
| 10 | Yarley Beltran | CC | 1068 | 3246 7574 | 40 | F | m | | | | | | | | + | X | | | + | | | | X | | Yarley Beltran |

971

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

EJE: Atencion primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Medicion de peso, toma de presion Arterial, toma de Glucometria, tes snelle.

| DIA: | 24 | MES: | Septiembre | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | Vereda Arriba | ZONA: | rural |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Yeiner segura | CC | 1066827 928 | 300775 4919 | 28 | m | H | | | | | | | | + | X | | | + | | | | X | | Victor S |
| 2 | Sarmy Aguirre | CC | 1068815 652 | 307743 9820 | 34 | m | H | | | | | | | | + | X | | | + | | | | X | | Sarmy |
| 3 | Aura segura | CC | 1143427 664 | 320707 6002 | 25 | F | m | | | | | | | | + | X | | | + | | | | X | | Aura S |
| 4 | Domingo Ballesteros | CC | 1003466 070 | 317 796 9939 | 30 | m | H | | | | | | | | + | X | | | + | | | | X | | Domingo B |
| 5 | osnaider segura | CC | 1143427 663 | 320679 7030 | 30 | m | H | | | | | | | | + | X | | | + | | | | X | | Osnaider |
| 6 | otelia miedo soto | CC | 349768 23 | 313595 7308 | 26 | F | m | | | | | | | | + | X | | | + | | | | X | | otelia |
| 7 | Dailis Ballesteros | CC | 1068873 997 | 3708 0344 33 | 65 | F | m | | | | | | | | + | X | | | + | | | | X | | Dailis |
| 8 | Jose pacheco | CC | 1075389187 | 300462 5114 | 35 | m | H | | | | | | | | + | X | | | ↑ | | | | X | | Jose P |
| 9 | Carmen velasquez | CC | 308 60048 | 314 5405 947 | 46 | F | m | | | | | | | | + | X | | | + | | | | X | | Carmen V |
| 10 | Luisa Bermudez | CC | 262 312 66 | 314 546 7467 | 64 | F | m | | | | | | | | + | X | | | + | | | | X | | Luisa |

917

| | | |
|---|---|---|
| HOSPITAL SAN JOSE [redacted] | INFORME DE EJECUCION<br>PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025 | pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud<br>GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA |

**EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

| | |
|---|---|
| **LUGAR** | MICROTERRITORIO VENAO ARRIBA |
| **FECHA** | 27 DE SEPTIEMBRE DE 2025 |
| **HORA** | 3:00PM A 5:00 PM |

articular y programar la realización un evento mensual en el que se realicen mediciones de peso, toma de presión arterial, toma de glucometría, índice de masa corporal (IMC) y test de Snellen, previo a esto se debe dar una charla sobre la importancia de los hábitos saludables y los impactos de las condiciones no transmisibles en la calidad de vida.

Charla glucometría





Toma de tension arterial



| | | |
|---|---|---|
| [redacted] | FORMATO | VERSIÓN: 02 |
| | ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA | FECHA: 15-08-2012 |
| | PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD | PÁGINA 1 DE 1 |

## ACTA DE REUNIÓN

| | |
|---|---|
| Lugar: Veras Arriba | Hora de Inicio: 3: pm |
| Fecha 28/09/2025 | Hora de Finalización: 5: pm. |

**Objetivo(s) de la Reunión**

Realizar Jornada de Tamisaje cardiovascular, charla educativa, de habitos Saludables, toma de presion arterial, Glucometria, peso. test de Snells. Y los impactos de las condiciones no transmisibles.

**Desarrollo de la Reunión**

Durante la actividad se realizo la Stg Salud de bienvenida.
Presentacion
Educacion mediante charla sobre la importancia de habitos Saludables.
Jornada de Tamisaje, peso Glucometria, Presion Arterial. IMC, test de Snells.
Socializar resultados
Pregunta y respuestas.

**Conclusiones**

de realizo educacion en la importancia en habitos Saludables. y promocion del autocuidado.

**Recomendaciones**

Realizar actividad fisica minimo 3 veces por semana, alimentacion Saludable.
Realizar talleres de habitos Saludables.

**Responsables de la Actividad**

Dayerlet Espino
Enf Jefe

Wendy Diaz
Asistente.

Toma de presion

| | | |
|---|---|---|
| HOSPITAL SAN JOSÉ | FORMATO DE ASISTENCIA | ypic · CORDOBA |
| | CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025 | Rural |

EJE: Atencion primaria en Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Mediciones de peso, Toma de presión Arterial, toma de Glucometria, (Tme) tes Sheila

| DIA: | 28 | MES: | Septiembre | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | Uveas Arriba | ZONA: | rural |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Kelle maria Sierra | CC | 1068870270 | 322 414 0514 | 37 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Kelle Sierra |
| 2 | Wendy Diaz rodriguez | CC | 1062437840 | 310326 9552 | 29 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Wendy Diaz |
| 3 | Irene maria Diaz | CC | 2280 864 | 300 326 95 52 | 56 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Irene Diaz |
| 4 | Gladis martinez | CC | 26244 063 | 310 326 9509 | 60 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Gladis Martinez |
| 5 | maria Garcia perez | CC | 1068874822 | 310835 0488 | 29 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Maria Garcia |
| 6 | Jonatan Soto | C.C | 1040743676 | 320726 6848 | 25 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Johana Soto |
| 7 | Maria de los santos | CC | 50570785 | 301 847 7571 | 49 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | maria de los Santos |
| 8 | Maria navarez | CC | 1068822722 | 301 971 5940 | 37 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | maria navarez |
| 9 | Daniel Suarez | CC | 1089583 | 312 849 76 60 | 33 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Daniel Suarez |
| 10 | maria sierra | CC | 1068870270 | 315 676 0833 | 31 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Maria Sierra |

617

HOSPITAL SAN JOSÉ

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

EJE: Atencion primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Medicina de pobo, Toma de presión, Antropometria, Toma glucometria (IMC) test de Snellen.

| DIA: | 28 | MES: | Septiembre | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | Urrao Arriba | ZONA: | rural |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Yolenis Bolliorquet | cc | 1.003394746 | 312 363 78 98 | 38 | F | m | | | | | | | | x | x | | | x | | | | x | | Yolenis Bolliorquet |
| 2 | Denis Ballesteros | cc | 50571253 | 310 839 70 58 | 55 | F | m | | | | | | | | x | x | | | x | | | | x | | denis ballesteros |
| 3 | ABel marquez | cc | 9091974 | 319 415 97 68 | 60 | m | H | | | | | | | | x | x | | | x | | | | x | | Abel marquez |
| 4 | AlBert Velasquet | cc | 1090838 35 | 310 325 37 35 | 35 | m | H | | | | | | | | x | x | | | x | | | | x | | AlBert velasquet |
| 5 | Yadis Diaz | cc | 1068 813 653 | 313 575 52 82 | 29 | F | m | | | | | | | | x | x | | | x | | | | x | | Yadis Diaz |
| 6 | letis Ramos | cc | 508593 17 | 317 021 77 76 | 48 | F | m | | | | | | | | x | x | | | x | | | | x | | Letis ramos |
| 7 | adelaida Canes | cc | 1000346 6 | 315 676 08 33 | 37 | F | m | | | | | | | | x | x | | | x | | | | x | | adeida Canes |
| 8 | rosa Blanquicet | cc | 1068806 922 | 310 558 07 75 | 33 | F | m | | | | | | | | x | x | | | x | | | | x | | rosa Blanquicet |
| 9 | maira Herrera | cc | 30878 330 | 301 453 73 01 | 49 | F | m | | | | | | | | x | x | | | x | | | | x | | Maria Herrera |
| 10 | wilmer urango | cc | 10902 238 | 316 714 79 13 | 40 | m | H | | | | | | | | x | x | | | x | | | | x | | wilmer urango |

| | | | |
|---|---|---|---|
| HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted] | INFORME DE EJECUCION<br>PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025 | ✓pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud | GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA |

**EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

| | |
|---|---|
| **LUGAR** | MICROTERRITORIO VENAO CANTA RANA |
| **FECHA** | 28 DE SEPTIEMBRE DE 2025 |
| **HORA** | 3:00PM A 5:00PM |

articular y programar la realización un evento mensual en el que se realicen mediciones de peso, toma de presión arterial, toma de glucometría, índice de masa corporal (IMC) y test de Snellen, previo a esto se debe dar una charla sobre la importancia de los hábitos saludables y los impactos de las condiciones no transmisibles en la calidad de vida.

TEST DE SNELLEN



PESO



CHARLA



TOMA DE TENSION ARTERIAL



TOMA DE GLUCOMETRIA



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

## ACTA DE REUNIÓN

| | |
|---|---|
| Lugar: Cerro Arriba | Hora de Inicio: 4: pm |
| Fecha 29/09/2023 | Hora de Finalización: 6: pm. |

**Objetivo(s) de la Reunión**

Realizar Jornada de Tamizaje Cardiovascular, Charla Educativa, de habitos saludables, toma de Presion Arterial, Glucometria, peso, tes de Snells y los Impactos de las Cordiones no transmisibles

**Desarrollo de la Reunión**

Durante la actividad se realizo lo sgts
Saludo de bienvenida
presentación
Educación mediante charla sobre la importancia habitos Saludables.
Jornada de tamizaje. peso, Glucometria, presion Arterial, Imc, tés de Snells.
Socializar resultados
Preguntas y respuestas.

**Conclusiones**

Se realizo educacion en la importancia en habitos Saludables, y promocion del autocuidado.

**Recomendaciones**

Realizar actividad Fisica minimo 3 veces por semana
alimentacion saludable.
realizar talleres de habitos Saludables.

**Responsables de la Actividad**

Diridelt Ospino
ENF Jefe.

Nestor M.
Asistente.

Toma de Presion

Rural

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

EJE: Atencion primaria en Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Medicion de peso, toma de presion Arterial, Toma de Glucometria, Fonendoscopio

| DIA: | 29 | MES: | 09 | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | Uvao Arriba | ZONA: | Rural |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | modesto nolasco | Cc | 70896 854 | 312363 7898 | 36 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Modesto |
| 2 | Nestor martinez | Cc | 75613 0 91 | 370325 6973 | 58 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Nestor M |
| 3 | Abrian verfel | Cc | 985988 25 | 301839 7058 | 46 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Abrian |
| 4 | Ana Diaz | Cc | 5085 97 772 | 319415 9768 | 42 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Ana Diaz |
| 5 | virginia Diaz | Cc | 262713 96 | 310 325 31 35 | 36 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Virginia Diaz |
| 6 | Ivan lopez | Cc | 7003046 7229 | 315 940 67 08 | 40 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | ivan Lopez |
| 7 | Alejandra gusman | Cc | 70688 78 735 | 313 515 52 82 | 29 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | ALejandra |
| 8 | Jose mercado | Cc | 70 68808 294 | 317 021 77 16 | 26 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Jose mercado |
| 9 | luz bolaño | Cc | 15429 20 | 315 676 0833 | 39 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Luz Bolaños |
| 10 | gabriel ariza | Cc | 15 64270 | 315 676 08 33 | 58 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Gabriel A. |

| | | |
|---|---|---|
| HOSPITAL SAN JOSÉ | FORMATO DE ASISTENCIA<br>CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025 | pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud \| Gobernación de Córdoba |

EJE: Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Mediciones de peso, toma de presión Arterial, Glucometria, (Tamizaje) Test Snellen

| DIA: | 29 | MES: | 09 | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | Uraba Arriba | ZONA: | rural |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | Si | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Jairo martinez vidal | CC | 15648121 | 315 676 0833 | 40 | m | H | | | | | | | | x | x | | | | x | | | x | | Jairo A Vidal |
| 2 | Ali Paez | CC | 108997 789 | 310 555 0775 | 36 | F | M | | | | | | | | x | x | | | | x | | | x | | Ali Paez |
| 3 | Jose martinez avila | CC | 28233342 | 317 648 6586 | 46 | m | H | | | | | | | | x | x | | | | x | | | x | | Jose M. |
| 4 | leydis vargas | CC | 50570 340 | 301 453 7307 | 29 | F | M | | | | | | | | x | x | | | | x | | | x | | leydis V |
| 5 | luz deisy polo | CC | 26231 72 44 | 316741 7973 | 33 | F | M | | | | | | | | x | x | | | | x | | | x | | Luz Deisy |
| 6 | Rafael Martinez | CC | 505777 64 | 371 642 6648 | 27 | M | H | | | | | | | | x | x | | | | x | | | x | | Rafael M. |
| 7 | Katy ortega | CC | 70902 24 25 | 318584 7591 | 36 | F | M | | | | | | | | x | x | | | | x | | | x | | Katy |
| 8 | Juan david contreras | CC | 70 68416 653 | 307 288 4808 | 42 | M | H | | | | | | | | x | x | | | | x | | | x | | Juan |
| 9 | Jairo lara lopez | CC | 78033032 | 318 546 0572 | 48 | M | H | | | | | | | | x | x | | | | x | | | x | | Jairo Lopez |
| 10 | cledys lopez | CC | 50848 4 00 | 315553 5105 | 39 | F | M | | | | | | | | x | x | | | | x | | | x | | Cledys |

| | | |
|---|---|---|
| HOSPITAL SAN JOSE [redacted] | INFORME DE EJECUCION<br>PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025 | pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud<br>GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA |

**EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

| | |
|---|---|
| **LUGAR** | MICROTERRITORIO VENAO CANTA RANA |
| **FECHA** | 29 DE SEPTIEMBRE DE 2025 |
| **HORA** | 4:00 PM A 6:00PM |

articular y programar la realización un evento mensual en el que se realicen mediciones de peso, toma de presión arterial, toma de glucometría, índice de masa corporal (IMC) y test de Snellen, previo a esto se debe dar una charla sobre la importancia de los hábitos saludables y los impactos de las condiciones no transmisibles en la calidad de vida.

Test de snellen



toma de tensión arterial



Toma de peso



glucometria



| | | |
|---|---|---|
| [redacted] | **FORMATO** | VERSIÓN: 02 |
| | **ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA** | FECHA: 15-08-2012 |
| | **PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD** | PÁGINA 1 DE 1 |

## ACTA DE REUNIÓN

| | |
|---|---|
| Lugar: Venao Abajo | Hora de Inicio: 3: pm |
| Fecha 24/09/2025 | Hora de Finalización: 5: pm |

**Objetivo(s) de la Reunión**

Realizar Jornada de Tamisaje Cardiovascular, charla educativa, de habitos Saludables, toma de Presion, Arterial, Glucometria, peso, tes Snells.

**Desarrollo de la Reunión**

Durante la actividad se realizo los siguientes
Saludo de bienvenida.
Presentacion,
Educacion mediante Charla habitos Saludables.
Jornada de Tamisaje, Peso, Glucometria, presion
Arterial Imc, tes snells.
Socializar resultados.
Preguntas y respuestas.

**Conclusiones**

Se realizo educación en habitos saludables. y promocion del autocuidado.

**Recomendaciones**

Realizar actividad Fisica minimo 3 veces por semana
alimentación saludable
Realizar talleres de habitos Saludables.

**Responsables de la Actividad**

Dr. Yeferson Olaya. — ENF Jefe.

Carmen Diaz — Asistente.

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

EJE: Atención Primaria en Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Medidas, de peso, Jornada de presión Arterial, toma de Glucometria, tel de Snells.

| DIA: | 24 | MES: | Septiembre | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | Veredas abajo. | ZONA: | rural |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Viviana Cascabel | CC | 1003716788 | 3012888 68 | 30 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Viviana. |
| 2 | Maria camila hernandez | CC | 1064986568 | no tiene | 19 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Maria H |
| 3 | Rosa espitia | CC | 1037876158 | 3185460572 | 19 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Rosa espitia |
| 4 | Evis chica | CC | 1003716290 | 3185460572 | 36 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Evis chica. |
| 5 | Maria mendoza | CC | 1064998435 | no tiene | 33 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Maria M. |
| 6 | Olga Villeles | CC | 1003713403 | 3172767984 | 28 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Olga V |
| 7 | Kalle morales | CC | 1064999671 | 3010678747 | 32 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Kalle Mor. |
| 8 | Amparo martinez | CC | 51838732 | 3103263663 | 68 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | amparo |
| 9 | Carmen peinado | CC | 5096761 4 | 3134490702 | 49 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Carmen P. |
| 10 | Magalys escobar | CC | 2585250 | 3103255 | 72 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | magalys. |

HOSPITAL SAN JOSÉ

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

vpic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud | Gobernación de Córdoba

EJE: Atención primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Medición de peso, Toma de Presión Arterial, Toma de Glucometrías de Sneller.

| DIA: | 24 | MES: | Septiembre | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | Uenzo Abajo. | ZONA: | rural |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Rosa Carmona | CC | 70 64985 5727 | 300 315 57 33 | 20 | F | M | | | | | | | | + | + | | | | + | | | + | | Rosa Carmona |
| 2 | Martin velazquez | CC | 30 686 09 3 | 322 304 2515 | 42 | M | H | | | | | | | | + | + | | | | + | | | + | | Martín |
| 3 | Alvaro Barguil | CC | 78 020 214 | 313 792 2440 | 60 | M | H | | | | | | | | + | + | | | | + | | | + | | Alvaro. |
| 4 | Erik Rodriguez | CC | 35 776 6 35 | 304 248 0656 | 47 | M | H | | | | | | | | + | + | | | | + | | | + | | Erick |
| 5 | jesus maria lopez | CC | 78 700 725 | 310 541 81 23 | 55 | M | H | | | | | | | | + | + | | | | + | | | + | | Jesus M. |
| 6 | Juan espitia | CC | 1003718 924 | 312 663 7722 | 31 | M | H | | | | | | | | + | + | | | + | | | | + | | J. espitia |
| 7 | Gloria carvajal | CC | 7065 008 707 | 313 604 9725 | 29 | F | M | | | | | | | | + | + | | | + | | | | + | | Gloria |
| 8 | Alis cuadrado | CC | 1003 717 235 | 310 718 2203 | 25 | F | M | | | | | | | | + | + | | | + | | | | + | | Alis |
| 9 | onei Pineda | CC | 1003 193 751 | 310 540 3325 | 30 | F | M | | | | | | | | + | + | | | + | | | | + | | ONE i |
| 10 | carmen diaz | CC | no tiene | 315 704 7832 | 79 | F | M | | | | | | | | + | + | | | + | | | | + | | Carmen D. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| HOSPITAL SAN JOSE [redacted] | INFORME DE EJECUCION<br>PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025 | pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud | GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA |

**EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

| | |
|---|---|
| **LUGAR** | MICROTERRITORIO VENAO ABAJO |
| **FECHA** | 24 DE SEPTIEMBRE DE 2025 |
| **HORA** | 3:00PM A 5:00PM |

articular y programar la realización un evento mensual en el que se realicen mediciones de peso, toma de presión arterial, toma de glucometría, índice de masa corporal (IMC) y test de Snellen, previo a esto se debe dar una charla sobre la importancia de los hábitos saludables y los impactos de las condiciones no transmisibles en la calidad de vida.

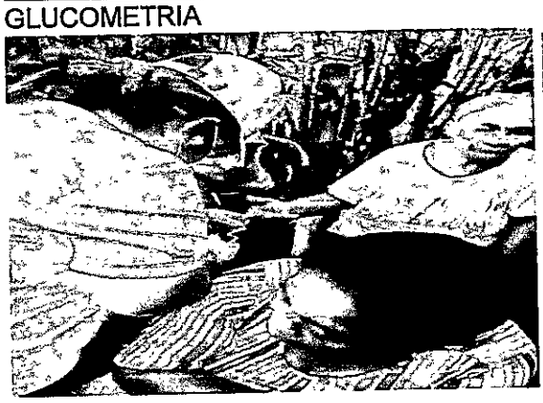
TOMA DE TENSION ARTERIAL



TEST DE SNELLEN



GLUCOMETRIA



PESO



Test de snellen



PESO



Desarrollar un (01) taller mensual de salud con metodologia participativa y dinámica que incluya información teórica, demostraciones prácticas y espacios de preguntas y respuestas, sobre la importancia del autoexamen de mamas y el conocimeinto de los signos y sintomas del cáncer de cuello uterino, promoviendo hábitaos de autocuidado y prevención.

# URBANO

| | | |
|---|---|---|
| [redacted] | FORMATO | VERSIÓN: 02 |
| | ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA | FECHA: 15-08-2012 |
| | PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD | PÁGINA 1 DE 1 |

## ACTA DE REUNIÓN

| | |
|---|---|
| Lugar: B. Aspino Perez. | Hora de Inicio: 9:00m |
| Fecha 8 Septiembre - 2025. | Hora de Finalización: 11:00m |

**Objetivo(s) de la Reunión**

Brindar Taller sobre la importancia del AUTOEXAMEN de Mama y los signos y sintomas del cancer del cuello Uterino.

**Desarrollo de la Reunión**

Se Inicia Taller con 15 personas de la sgte Manera
1. presentación del profesional y tema a Tratar
2. pregunta pre-saberes
3. Desarrollo del Tema
4. preguntas presaberes y Retroalimentación
5. conclusiones

**Conclusiones**

Los asistentes participaron activamente durante la actividad y mostraron interes en el Tema

**Recomendaciones**

continuar actividades con las demas personas de la comunidad

**Responsables de la Actividad**

Leidis Vasquez
E. Jefe.

Dra Luz Gomez
80 870 247

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

EJE: Atencion primaria en Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Taller de salud con metodologia participativa y dinamica que incluyo informacion tecnica sobre de manera

| DIA: | 8 | MES: | Septiembre | AÑO: | 2025. | UBICACIÓN: | B. Ospina Perez. | ZONA: | URBANA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Dina luz Goez | CC | 50 570 247 | 313 213 9177 | 70 | F | m | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Dina luz G. |
| 2 | Hilda Guzman | CC | 50 867 967 | 301 931 57 29 | 68 | F | m | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | hilda Guzman |
| 3 | Arlef Pineda | CC | 50934 062 | 3115264 572 | 59 | F | m | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Arlef Pineda |
| 4 | yesica melendrez | CC | 1003 466 67 7 | 3146082207 | 34 | F | m | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Yesica melendrez |
| 5 | concepcion redondo | CC | 26 264 710 | 323 250 71 23 | 57 | F | m | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | concepcion P |
| 6 | mariana suarez | CC | 1024 726 424 | 323 489 4472 | 29 | F | m | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | mariana suarez |
| 7 | yoseira castaño | CC | 1022 479 977 | 3775012175 | 41 | F | m | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | yoseira castaño |
| 8 | lety camaño | CC | 1073 972 303 | 3168760854 | 43 | F | m | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Lety camaño |
| 9 | Esther salgado | CC | 1068 878 335 | 3183160538 | 39 | F | m | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Ester Salgado |
| 10 | yaseth mendes | CC | 52 784 035 | 3164052353 | 62 | F | m | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | yaseth mendes |

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

EJE: Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Taller de salud con ortodología participativa y dinamica que incluya información tecnica - cancer de mama.

| DIA: | 8 | MES: | septiembre | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | B. Ospina Perez | ZONA: | URBANA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | maria alejandra Pastrana | CC | 1043988392 | 323 305 87 84 | 38 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | |
| 2 | Gladis martinez | CC | 26 249063 | 322 544 6688 | 59 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Gladis martinez |
| 3 | maria fernanda garcia | CC | 1068 874 822 | 322 6126132 | 33 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | maria Fernanda Garcia |
| 4 | maria de los santos martinez | CC | 50 570 785 | 314 584 9555 | 48 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Maria de los Santos |
| 5 | maria ofelia | CC | 1068 822 722 | 323 489 4412 | 29 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Maria ofelia |
| 6 | maria Esther Suarez | CC | 1068 809 422 | no tiene | 27 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Ester Suarez |
| 7 | Omaira Salgado | CC | 26248 543 | 301 201 45 77 | 58 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Omaira S. |
| 8 | Sindy Durango | CC | 1068875 667 | no tiene | 38 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Sindy Duran |
| 9 | mirna Perez | CC | 1068 806 704 | 320 201 4577 | 33 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Mirna Perez |
| 10 | Yanis hurtanez | | 1003 736 830 | no tiene | 43 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Yanis H |

| | | |
|---|---|---|
| HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted] | INFORME DE EJECUCION<br>PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025 | pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud<br>GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA |

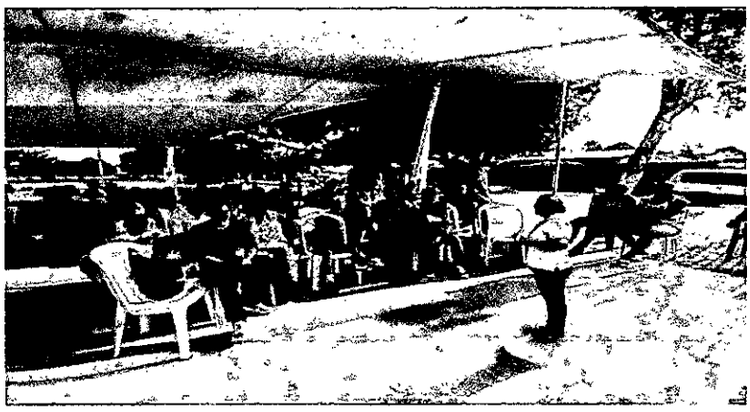
## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | BARRIO OSPINA PEREZ |
| **Fecha:** | 08/09/2025 |
| **Personas Intervenidas:** | 20 |

desarrollar taller de salud sobre la importancia del autoexamen de mama y el conocimiento de los signos y síntomas de CA cuello uterino promoviendo hábitos de autocuidado





| | | |
|---|---|---|
| HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted] | INFORME DE EJECUCION<br><br>PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025 | pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud<br>GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA |

# RURAL

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

## ACTA DE REUNIÓN

| Lugar: Venao Arriba. | Hora de Inicio: 2: pm |
|---|---|
| Fecha: 22/09/2025 | Hora de Finalización: 4: pm. |

**Objetivo(s) de la Reunión**

Realizar taller sobre la importancia del autoexamen de mama y el conocimiento de los signos y síntomas comunes del cancer de cuello uterino.

**Desarrollo de la Reunión**

Durante la actividad se realizo los siguiente
Saludo de bienvenida.
Presentacion del Profesional y tema a tratar
Preguntas presaberes.
Desarrollo del tema
Preguntas y PostSaberes. y retroalimentacion.
Conclusiones.

**Conclusiones**

los asistentes participaron activamente durante la actividad y mostraron interes en el tema.

**Recomendaciones**

Continuar las actividades con los demas Personas de la Comunidad.

**Responsables de la Actividad**

Diviolett espino
ENF-Jefe.

Ana Herrera
25785445

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

EJE: Atención primaria en salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Taller sobre la importancia del autoexamen de mama.

| DIA: | 22 | MES: | Septiembre | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | Venado Arriba | ZONA: | Rural |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Ana herrera | CC | 257895 445 | 370664 7849 | | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Ana herrera |
| 2 | Miladis Dabilonia | CC | 50861 427 | 32244 8837 | | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Miladis D. |
| 3 | Arelvis hoyos | CC | 1007746 738 | 317845 7877 | | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Arelvis Hoyos |
| 4 | Mary Paz Ramos | CC | 1068870 796 | 311870 8665 | | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Mary P |
| 5 | Marinela martinez | CC | 1003465 666 | 323437 6780 | | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Marinela M. |
| 6 | Ilso correa | CC | 1070754 823 | 320374 3382 | | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Ilso C |
| 7 | Katty Pereira | CC | 1192751 571 | 311278 6185 | | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Katty Pereira |
| 8 | Gloria Padilla | CC | 1003466 a51 | 372600 2629 | | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Gloria Padilla |
| 9 | Celia Rosa Zabala | CC | 50570 04 3 | 312670 1776 | | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Celia Rosa Z |
| 10 | yoris Gomez | CC | 32358 231 | 301309 2538 | | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Yoris G |

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

EJE: Atencion Primaria en salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Taller sobre la importancia del autoexamen de mama..

| DIA: | 22 | MES: | Septiembre | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | venado Arriba. | ZONA: | RURAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Adis margoth espitia | CC | 50 570 530 | 301 785 81 98 | 58 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Adis espitia |
| 2 | Jaidith Palencia | CC | 45 758 273 | 311 5123 642 | 30 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Jaidith P |
| 3 | Eliana lucia Caceso | CC | 1068 818 431 | 310 501 4987 | 29 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Eliana Pacero |
| 4 | Iris del socorro ogle | CC | 26 24 985 | 316 229 3242 | 59 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Iris Del socorro |
| 5 | wendy luz suarez | CC | 50 570 409 | 311 546 61 54 | 57 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Nedy Luz |
| 6 | Irene maria Diaz | CC | 22 800 864 | 322 983 8588 | 45 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Irene Diaz |
| 7 | Wendy Rodriguez | CC | 1062 957 840 | 323 489 4472 | 35 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Wendy R |
| 8 | Kelly sierra | CC | 1068 870 270 | 320 282 02 52 | 37 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Kelly Sierra |
| 9 | Astrid martinez | CC | 1068 806 474 | 322 208 9742 | 29 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Astrid martinez |
| 10 | miladis del carmen solo | CC | 50 861 427 | no tiene | 61 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Miladis Solo |

4

| | | |
|---|---|---|
| HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted] | INFORME DE EJECUCION<br>PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025 | pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud<br>GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA |

**EJE:ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

| | |
|---|---|
| **LUGAR** | MICROTERRITORIO VENAO ARRIBA |
| **FECHA** | 22 DE SEPTIEMBRE DE 2025 |
| **HORA** | 2:00PM 4:00PM |

articular y programar la realización de talleres sobre cáncer de mama y cáncer de cuello uterino dirigido a mujeres entre 15 y 60 años





| | | |
|---|---|---|
| [redacted] | FORMATO | VERSIÓN: 02 |
| | ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA | FECHA: 15-08-2012 |
| | PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD | PÁGINA 1 DE 1 |

## ACTA DE REUNIÓN

| | |
|---|---|
| Lugar: Venado abajo. | Hora de Inicio: 3:PM |
| Fecha 23/09. 2025. | Hora de Finalización: 5:PM. |

**Objetivo(s) de la Reunión**

Brindar taller sobre la importancia del AUTO-EXAMEN de MAMA y signos y síntomas del cancer de CUELLO UTERINO.

**Desarrollo de la Reunión**

Se inicia taller con 15 personas de las sgtes Manera:

1. presentacion del tema y del profesional
2. preguntas pre-saber
3. Desarrollo del tema
4. Retroalimentacion
5. conclusiones

**Conclusiones**

Las asistentes participaron activamente durante la actividad, mostraron interes en el tema.

**Recomendaciones**

Continuar actividades con toda la comunidad.

**Responsables de la Actividad**

| | |
|---|---|
| Diviris Espinosa. | Baldomero Castellano. |
| Jefe enfermera. | Lider. |

HOSPITAL SAN JOSÉ

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

pic

EJE: Atencion Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Taller sobre la Importancia del autoexamen de mama y Cuello uterino

| DIA: | 23 | MES: | Septiembre | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | Venado abajo | ZONA: | rural |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | adriana lucia Pereira | CC | 7073977 926 | 314 551 5877 | 22 | F | m | | | | | | | | x | x | | | | x | | | x | | Adriana P. |
| 2 | ana Reyes motta | CC | 70688809 688 | 50 981 033 | 70 | F | m | | | | | | | | x | x | | | | x | | | x | | ana Reyes M. |
| 3 | Yonedis Luz Ruete | CC | 7073986 342 | 320 255 5081 | 40 | F | m | | | | | | | | x | x | | | | x | | | x | | Yonedis P. |
| 4 | luz neli Pano | CC | 7067866 444 | 328 827 3198 | 38 | F | m | | | | | | | | x | x | | | | x | | | x | | luz nelis P. |
| 5 | Yamile Del carmen arriaga | CC | 505705 83 | 302 804 0681 | 30 | F | m | | | | | | | | x | x | | | | x | | | x | | Yamile arriaga |
| 6 | Doria lopez | CC | 70688204 87 | 301 153 6827 | 40 | F | m | | | | | | | | x | x | | | | x | | | x | | Doria lopez |
| 7 | Elvia Avila Doria | CC | 26247871 | 311 307 5844 | 58 | F | m | | | | | | | | x | x | | | | x | | | x | | elvia Avila D. |
| 8 | luz angela Caderin | CC | 50939390 | 314 544 5344 | 61 | F | m | | | | | | | | x | x | | | | x | | | x | | luz angela Caderin |
| 9 | Yudis ortega valdes | CC | 505705 47 | no tiene | 70 | F | m | | | | | | | | x | x | | | | x | | | x | | Yudis ortega |
| 10 | rosa polo | CC | 7.733870 021 | no tiene | 68 | F | m | | | | | | | | x | x | | | | x | | | x | | Rosa Polo |

47

HOSPITAL SAN JOSÉ

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

ypic | CÓRDOBA

EJE: Atencion Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: taller sobre la importancia del autoexamen de mama y cuello uterino.

| DIA: | 23 | MES: | septiembre | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | Venado Abajo. | ZONA: | rural |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Leidy rico rosario | cc | 1067929319 | 320 319 3382 | 38 | F | M | | | | | | | | x | x | | | | x | | | x | | Leidy Rico |
| 2 | maira rodrigues | cc | 50570560 | no tiene | 57 | F | M | | | | | | | | x | x | | | | x | | | x | | Maira Rodrigues |
| 3 | Nidia miranda | cc | 26249788 | 311278 6185 | 59 | F | M | | | | | | | | x | x | | | | x | | | x | | Nidia miranda |
| 4 | clarivel Perez | cc | 30859895 | no tiene | 70 | F | M | | | | | | | | x | x | | | | x | | | x | | clarivel Perez |
| 5 | ADY maria Hoyo | cc | 50 6413 17 | 312 600 2996 | 68 | F | M | | | | | | | | x | x | | | | x | | | x | | ADY maria Hoyo |
| 6 | rosa Cogollo | cc | 5091938 25 | 318 316 05 38 | 52 | F | M | | | | | | | | x | x | | | | x | | | x | | Rosa Cogollo |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| HOSPITAL SAN JOSE [redacted] | INFORME DE EJECUCION<br>PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025 | pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud<br>GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA |

**EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

| | |
|---|---|
| **LUGAR** | MICROTERRITORIO VENAO ABAJO |
| **FECHA** | 23 DE SEPTIEMBRE DE 2025 |
| **HORA** | 3:00PM 5:00PM |

articular y programar la realización de talleres sobre cáncer de mama y cáncer de cuello uterino dirigido a mujeres entre 15 y 60 años

con mama Didáctica



Con rotafolio



Brindar (2) dos talleres de sensibilización sobre los Signos y Síntomas del Cáncer Infantil dirigido a Padres y Cuidadores sobre las herramientas necesarias para identificar a tiempo los signos y síntomas comunes del cáncer infantil, promoviendo una detección temprana que favorezca un diagnóstico oportuno y un tratamiento efectivo.

# URBANO

| | | |
|---|---|---|
| vpic [redacted] | FORMATO | VERSIÓN: 02 |
| | ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA | FECHA: 15-08-2012 |
| | PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD | PÁGINA 1 DE 1 |

## ACTA DE REUNIÓN

| | |
|---|---|
| Lugar: Barrio Buena vista | Hora de Inicio: 3: PM |
| Fecha 11/09/2025. | Hora de Finalización: 5: PM |

**Objetivo(s) de la Reunión**

Brindar taller de Sensibilizacion sobre los Signos y Sintomas del Cancer infantil dirigido a padre y coidadores Para promover una deteccion temprana y diagnotico oportuno

**Desarrollo de la Reunión**

Se realica taller educativo a20 asistente de la siguientes manera

- Presentacion de profesionales y tema a tratar
- Actividad rompe hielo
- desarrollo del Tema cancer infantil signos y Sintomas
- Preguntas Postsaberes
- Conclusiones

**Conclusiones**

los asistente Participaron activamente con Preguntas aportes al tema y mostraron interes durante la actividad

**Recomendaciones**

Continuar actividades Cordiferentes Personas en la Comunidad

**Responsables de la Actividad**

Leydis Vasquez
Jefe enfermera

Angela Piñeres
lider comunal.

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

EJE: Atencion primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Taller de sensibilización sobre los signos y síntomas de cancer infantil dirigido a padres y cuidadores

| DIA: | 11 | MES: | 09 | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | B. Buenaventa | ZONA: | Urbana |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Luis Felipe Rosario | CC | 7090 78 33 | 3104049848 | 50 | M | H | | | | | | | | X | X | | | | | | | X | | |
| 2 | Sebastian Garcia | CC | 7068877 993 | 3704056595 | 38 | M | H | | | | | | | | X | X | | | | | | | X | | Sebastian G. |
| 3 | Juanita Gaviria | CC | 262496 23 | 3205580706 | 54 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | | | | X | | Juanita |
| 4 | Mary Martinez | CC | 508670 65 | 3106637467 | 56 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | | | | X | | Maria M |
| 5 | Dy Maria Hoyos | CC | 506473 77 | 3726833787 | 48 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | | | | X | | Maria H |
| 6 | Adelaida Cosallo | CC | 5094708 25 | 3058423158 | 54 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | | | | X | | Adelaida |
| 7 | Maximiliano Diaz | CC | 70 8990 87 | 3007662974 | 38 | M | H | | | | | | | | X | X | | | | | | | X | | Maximiliano |
| 8 | Nergida Bayos | CC | 260 386 19 | 3225884571 | 47 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | | | | X | | Nergida B |
| 9 | Dora Avila Dora | CC | 508603 36 | 3103977050 | 58 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | | | | X | | Dora Avila |
| 10 | Luis Alberto Dora | CC | 10678 37472 | 3104732509 | 39 | M | H | | | | | | | | X | X | | | | | | | X | | Luis |

HOSPITAL SAN JOSÉ

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

PIC | CÓRDOBA

EJE: Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Taller de sensibilización sobre los signos y síntomas del cancer

| DIA: | 11 | MES: | Septiembre | AÑO: | 2024 | UBICACIÓN: | B. Buenavista | ZONA: | Urbano |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | nisda del carmen Anara | CC | 1063765829 | 320 521 86 52 | 37 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Nisda Anara |
| 2 | Camila andrea Anara | CC | 1104264305 | 314 566 06 45 | 42 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Camila andrea Ayala |
| 3 | agustin jose camargo | CC | 1090027 | 310 395 72 82 | 61 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Agustin camargo |
| 4 | marlis Pestrana randon | CC | 50571760 | 310 395 72 82 | 45 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Marlis Pestrana |
| 5 | wilber daniel Diaz | CC | 1003464845 | 310 404 9849 | 45 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Wilber Diaz |
| 6 | edernedis lopez Pestrana | CC | 1007562697 | 314 566 6605 | 36 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Edernedis |
| 7 | marelvis Sanchez | CC | 1073972747 | 3113450293 | 28 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Marelvis |
| 8 | keila urango solano | | 1068822258 | 310 395 72 82 | 42 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Keila Urango. |
| 9 | Saudith Solano | CC | 1073972747 | 321 572 7572 | 33 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Saudith |
| 10 | Ismenia Pereira | CC | 1068873086 | 321 829 3198 | 39 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Ismenia P. |

| | | |
|---|---|---|
| HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted] | INFORME DE EJECUCION<br>PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025 | pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud<br>GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA |

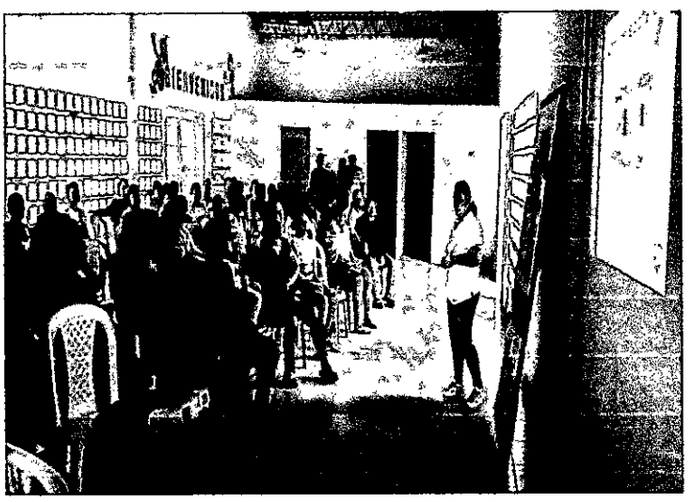
## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | **BARRIO BUENA VISTA** |
| **Fecha:** | 11/09/2025 |
| **Personas Intervenidas:** | 20 |

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD: REALIZAR EN EL MICROTERRITORIO UNA CAPACITACION A PADRES MADRES Y CUIDADORES, DONDE SE LES HABLE SOBRE EL CANCER EN MENORES DE 18 AÑOS Y LA IMPORTANCIA DE PREVENIR SIGNOS Y SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD





| | | |
|---|---|---|
| HOSPITAL SAN JOSE [redacted] | INFORME DE EJECUCION<br>PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025 | pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud<br>GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA |

# RURAL

| | | |
|---|---|---|
| vpic / [redacted] | FORMATO | VERSIÓN: 02 |
| | ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA | FECHA: 15-08-2012 |
| | PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD | PÁGINA 1 DE 1 |

## ACTA DE REUNIÓN

| | |
|---|---|
| Lugar: Canta Rana | Hora de Inicio: 3: pm |
| Fecha 19/09/2023 | Hora de Finalización: 5: pm |

**Objetivo(s) de la Reunión**

Brindar taller de sensibilización sobre los signos y síntomas del cancer infantil. dirigido a padres y cuidadores para la deteccion temprana y diagnostico oportuno

**Desarrollo de la Reunión**

Se realza taller de educacion de la 5pte maneras
presentacion de profesional y temas a tratar
Actividad rompe-hielo
Desarrollo del tema: cancer infantil signos y síntomas,
Preguntas y partSabers
Conclusiones.

**Conclusiones**

los asistentes participaron activamente con preguntas acordes al tema, y mostraron interes durante la actividad.

**Recomendaciones**

Continuar actividades con diferentes personas en la comunidad.

**Responsables de la Actividad**

Dirlelh
ospne
ENF Jefe.

| | | |
|---|---|---|
| HOSPITAL SAN JOSÉ | FORMATO DE ASISTENCIA<br>CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025 | pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud · CÓRDOBA |

EJE: Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Taller de sensibilización sobre Signos y síntomas del cancer infantil dirigido a padres y cuidadores

| DIA: | 19 | MES: | Septiembre | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | Punta Rana | ZONA: | Rural |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Luis Fernando Arcila B. | CC | 1068812858 | 3135346156 | 37 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | |
| 2 | Anaciris Lopes Gonzalez | CC | 1068813567 | 3126296872 | 32 | F | M | | | | | | | | X | | | | X | | | | X | | |
| 3 | ANYI Andrea Borja S. | CC | 1003465440 | 3147855055 | 27 | F | M. | | | | | | X | | | X | | | X | | | | X | | |
| 4 | Luis Carlos Nisperuza | CC | 1068807855 | 3107476750 | 24 | M | H | | | | | | X | | | X | | | X | | | | X | | |
| 5 | Edvar Gomes Lopez | CC | 78035874 | 3218243758 | 45 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | |
| 6 | Diana Marcela Marquez | CC | 1003465896 | 3116141449 | 30 | F | M | | | | | | X | | | X | | | X | | | | X | | |
| 7 | Maria Belen Martinez | CC | 1003433690 | 3127825806 | 23 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | |
| 8 | Delia molina puentes | CC | 22703852 | 3136812433 | 61 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | |
| 9 | Marcilia Rosa Llanes | CC | 1033371452 | 3204045141 | 36 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | |
| 10 | Alejandra Germania | CC | 1068818735 | 3135056558 | 32 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | |

HOSPITAL SAN JOSÉ

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

pic

EJE: Atencion Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: taller de sensibilizacion sobre Signos y sintomas del cancer infantil dirigido a padres y cuidadores

| DIA: | 19 | MES: | Septiembre | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | Quinta Rana | ZONA: | rural |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NÚMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Humberto Romero Gomez. | CC | 10901244 | 3134679079 | 54 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | X | X | | |
| 2 | Mirtha Judithd Benitez R. | CC | 50860191 | 3206075312 | 59 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | |
| 3 | Falco Nevis Ramos Aldana | CC | 26247625 | 3206075312 | 84 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | |
| 4 | Jony Benitez Ramos | CC | 10899940 | 3135541237 | 58 | M | H | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | |
| 5 | Miguel Antonio Cortes M. | CC | 10897029 | 3136036639 | 67 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | |
| 6 | John Jairo Usuga Cardona | CC | 71020449 | 3117966237 | 64 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | |
| 7 | Jose Andres Lopez | CC | 1068821516 | 3104122363 | 29 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Jose lopez |
| 8 | Nelvadis Negrete Tamara | CC | 1001020976 | 3243388254 | 24 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | |
| 9 | Arnulfo Antonio Camaño | CC | 10896429 | 3213601745 | 75 | M | H | | | | | X | | | | X | | | | X | | X | X | | |
| 10 | Emil Arnulfo Camaño | CC | 8435737 | 3213601745 | 45 | M | H | | | | | | X | | | X | | | | X | | X | X | | Emil Arnulfo. |

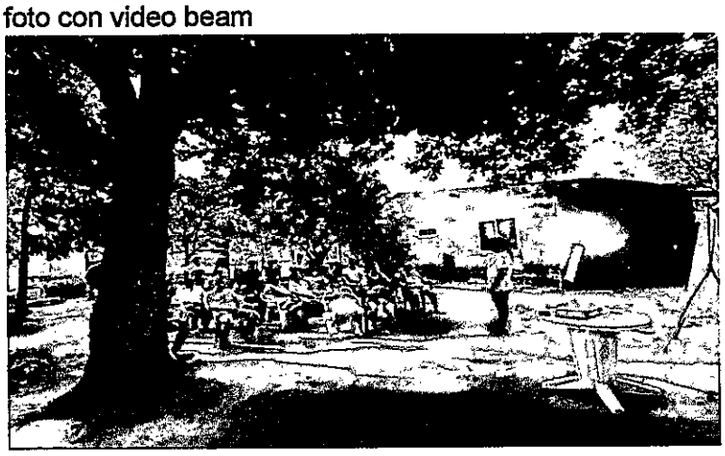
86

| | | |
|---|---|---|
| HOSPITAL SAN JOSE [redacted] | INFORME DE EJECUCION<br>PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025 | pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud<br>GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA |

**EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

| | |
|---|---|
| **LUGAR** | MICROTERRITORIO CANTA RANA |
| **FECHA** | 19 DE SEPTIEMBRE DE 2025 |
| **HORA** | 3:00 PM A 5:00 PM |

articular y programar la realización de jornada educativa sobre cancer en menores de 18 años dirigido a padres madres y cuidadores
foto con video beam





87

Actividad educativa -reflexiva articulada con ICBF, dirigida a padres de familia y comunidad en general sobre la prevención del trabajo infantil, con el fin de sensibilizar a la población sobre los riesgos y consecuencias del trabajo infantil, derechos de los niños y las niñas, así como las leyes relacionadas con el trabajo infantil y alternativas saludables para la crianza y educación de los hijos a un mínimo de 20 personas. La actividad debe incluir reflexión grupal sobre historias inspiradoras reales o ficticias de niños que han abandonado la escuela por ingresar prematuramente al mercado laboral.

# URBANO

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

## ACTA DE REUNIÓN

| | |
|---|---|
| Lugar: Barrio Jaraguay | Hora de Inicio: 4: pm |
| Fecha 8 de septiembre 2025 | Hora de Finalización: 6: pm |

**Objetivo(s) de la Reunión**

Acceso a una educación de calidad, para evitar el abandono escolar y el ingreso al trabajo promover las responsabilidades familiares, Mejorar las condiciones de pobreza social

**Desarrollo de la Reunión**

prevenciones de la explotación laboral, se organizó campañas de concienciación, por empleo de calidad a los adultos Responsables de los niños, niños, emprendemos a los niños se compartieron Estrategias, para acabar con el trabajo infantil, ya que sigue siendo una de las más graves violaciones de los derechos de los niños, poniendo en riesgo su desarrollo Físico Mental y Social.

**Conclusiones**

Es que el trabajo infantil es un problema de salud publica con consecuencias negativas que requiere especial Atencion, donde se requiere un Enfoque Multidisciplinario.

**Recomendaciones**

**Responsables de la Actividad**

JIGIA MEJIA PEREZ
CC 1006005267

Zilvia Arrieta
5085944

90

[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

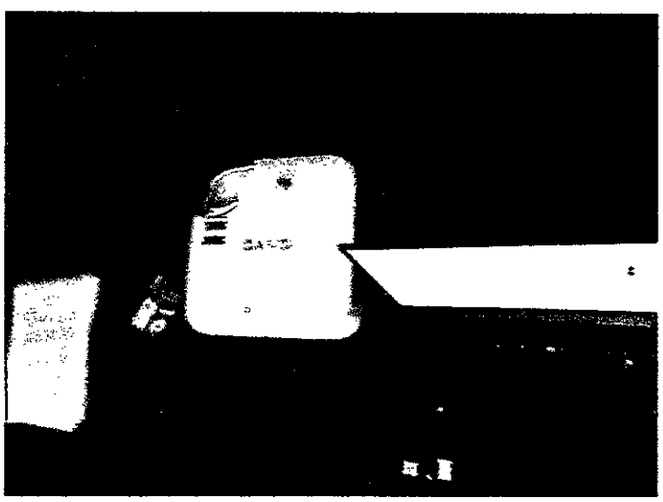
**EVIDENCIA FOTOGRAFICA**

**EJE: 5 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD**

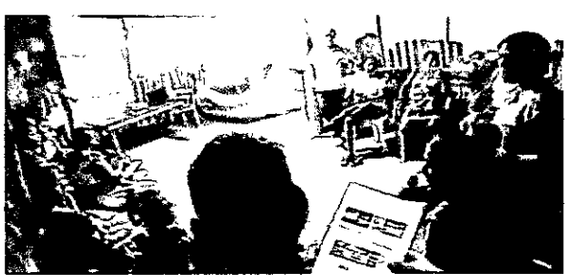
| | |
|---|---|
| **Lugar:** | **BARRIO JARAGUAY** |
| **Fecha:** | **08/09/2025 HORA: 04:00 PM – 06:00 PM** |
| **Personas Intervenidas:** | **20 PERSONAS** |

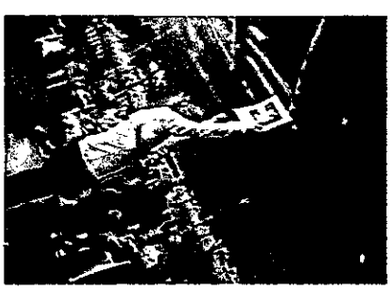
**SE REALIZÓ UNA ACTIVIDAD EDUCATIVA REFLEXIVA ARTICULADA CON ICBF, DIRIGIDA A PADRES DE FAMILIA Y COMUNIDAD EN GENERAL SOBRE LA PREVENCIÓN DEL TRABAJO INFANTIL, CON EL FIN DE SENSIBILIZAR A LA POBLACIÓN SOBRE LOS RIESGOS Y CONSECUENCIAS DEL TRABAJO INFANTIL, DERECHOS DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS, ASÍ COMO LAS LEYES RELACIONADAS CON EL TRABAJO INFANTIL Y ALTERNATIVAS SALUDABLES PARA LA CRIANZA Y EDUCACIÓN DE LOS HIJOS A UN MÍNIMO DE 20 PERSONAS. LA ACTIVIDAD DEBE INCLUIR REFLEXIÓN GRUPAL SOBRE HISTORIAS INSPIRADORAS REALES O FICTICIAS DE NIÑOS QUE HAN ABANDONADO LA ESCUELA POR INGRESAR PREMATURAMENTE AL MERCADO LABORAL.**

**MATERIALES**



**REFLEXIÓN GRUPAL SOBRE HISTORIAS INSPIRADORAS REALES O FICTICIAS**









HOSPITAL SAN JOSÉ

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

PIC Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: 5 Determinante Sociales de la Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Educativa Reflexiva, Articulado con el ICBF, dirigida a padres de familia, sobre la prevención del trabajo infantil, para sensibilizar la población sobre los riesgos y consecuencias del trabajo infantil.

| DIA: | 8 | MES: | Septiembre | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | Barrio Jaraguay C Uderecos | ZONA: | Urbana |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Julio C Baza | CC | 78766624 | 3113060534 | 47 | M | H | | | | | | | | X | Nueva EPS | | | X | | | X | X | | Julio Cesar Baza |
| 2 | Damaris Sanchez | CC | 10897627 | 3116359437 | 71 | F | M | | | | | | | | X | Nueva EPS | | | | X | | | X | | Damaris Sanchez |
| 3 | Clara E Fernandez | CC | 39089297 | 3235883924 | 64 | F | M | | | | | | | | X | | Nueva EPS | | X | | X | | X | | Clara Fernandez |
| 4 | Manuela Rubio Diaz | CC | 50861744 | 3226254685 | 57 | F | M | | | | | | | | X | Nueva EPS | | | X | | | X | X | | Manuela |
| 5 | Vanessa Herrera Sanchez | CC | 1068816106 | 3214671529 | 18 | F | M | | | | | | | | X | Nueva EPS | | | X | | | X | X | | Vanessa Herrera |
| 6 | José Ruiz Carpio | CC | 10899191 | 3214671529 | 67 | M | H | | | | | | | | X | Nueva EPS | | | X | | | X | X | | Jose Ruiz Carpio |
| 7 | Jose Pereira Pacheco | CC | 10899243 | 3006153317 | 66 | M | H | | | | | | | | X | Nueva EPS | | | | | | | X | | Jose Pereira |
| 8 | Silvia Arrieta X | CC | 50859944 | 3006153317 | 65 | F | M | | | | | | | | X | Nueva EPS | | | X | | | X | X | | Silvia Arrieta |
| 9 | Ena Rodriguez Pena | CC | 50570431 | 3178015667 | 52 | F | M | | | | | | | | X | Nueva EPS | | | X | | | X | X | | Ena Rodriguez |
| 10 | Carlos A Lopez | CC | 19916518 | 3216774445 | 35 | M | H | | | | | | | | X | Nueva EPS | | | X | | | X | X | | Carlos A. |

26

HOSPITAL SAN JOSÉ

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: 5 Determinantes sociales de la Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada Educativa Reflexiva articulada con ICBF, dirigida a padres de familia y sobre la prevención del trabajo infantil, para sensibilizar la población sobre los riesgos y consecuencia del trabajo infantil

| DIA: | 8 | MES: | Septiembre | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | Barrio Jaraguay (Villeneira) | ZONA: | Urbana. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Gladys Rodriguez | CC | 50805052 | 3127138171 | 63 | F | M | | | | | | x | | | Nueva EPS | | | x | | | x | x | | Gladis Rodrigo |
| 2 | Estebana Hoyos Alean | CC | 50859858 | 3186003212 | 71 | F | M | | | | | | | | x | Coosalud | | | | x | | | x | | Estebana |
| 3 | Manuel Fabra | CC | 8171416 | 3148103181 | 73 | M | H | | | | | | | | x | Sisben | | | | x | | | x | | Manuel Fabra. |
| 4 | Margen Altamiranda | CC | 50860458 | 3224192732 | 69 | F | M | | | | | | | | x | Sisben | | | x | | | x | x | | Marge |
| 5 | Kelly Sanchez Herrera | CC | 50570736 | 3187732355 | 47 | F | M | | | | | | | x | | Nueva EPS | | | x | | | x | x | | Kelly Sanchez |
| 6 | Emilse Cogollo | CC | 44157246 | 3137993567 | 41 | F | M | | | | | | | | x | Nueva EPS | | | x | | | x | x | | Emilse Cogollo |
| 7 | Velsi Gonzalez G | CC | 25449814 | 3146391298 | 30 | F | M | | | | | | | | x | Nueva EPS | | | x | | | x | x | | Nelly Gonzalez |
| 8 | Marinela Pacheco | CC | 1003467127 | 3207266723 | 26 | F | M | | | | | | | | x | Nueva EPS | | | x | | | x | x | | Marinela Pacheco |
| 9 | Aminta Nisperuza | CC | 5086550 | 3201139999 | 65 | F | M | | | | | | | | x | Nueva EPS | | | x | | | x | x | | Aminta del carmen |
| 10 | Argemiro morales | CC | 78220017 | 3137514413 | 65 | M | H | | | | | | | | x | Nueva EPS | | | x | | | x | x | | Argemiro. |

93

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Viento Helado de los Semáforos en Bogotá

### María, 9 años – Bogotá, Localidad de Kennedy

**María** tiene **9 años** y vive en una zona vulnerable al sur de **Bogotá**, cerca de la localidad de **Kennedy**. Su "oficina" es el cruce de un semáforo concurrido, un lugar de ruido, smog y la indiferencia de los conductores.

Cada tarde, después de salir de una escuela a la que asiste de forma intermitente, su madre la lleva al semáforo para "ayudar" con el sustento, vendiendo dulces o limpiando parabrisas. María sabe que cada moneda que gana es esencial para la cena de sus dos hermanos menores.

Su trabajo no es solo vender. Es soportar el viento helado de la tarde bogotana, el temor a los motorizados y la humillación de los rechazos. Ella se acerca a las ventanas de los carros, ofreciendo con una voz suave paquetes de chicles. La mayoría la ignora; otros, le cierran el vidrio de forma brusca. Los días más duros, cuando la lluvia empapa su ropa delgada, siente un nudo en el estómago que no es de hambre, sino de tristeza.

A diferencia de otros niños de su edad, no puede pasar las tardes jugando o haciendo tareas. Su mente está ocupada en calcular cuántas ventas necesita para evitar el regaño de su madre o para asegurarse un plato de comida. El semáforo es un lugar de alto riesgo, donde está expuesta no solo al tráfico sino también a la vigilancia de adultos que la explotan. María anhela tener un pupitre seguro y la tranquilidad de una tarde libre, donde los únicos movimientos que tenga que hacer sean los de un juego, y no los de esquivar carros.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Viento Helado de los Semáforos en Bogotá

### María, 9 años – Bogotá, Localidad de Kennedy

**María** tiene **9 años** y vive en una zona vulnerable al sur de **Bogotá**, cerca de la localidad de **Kennedy**. Su "oficina" es el cruce de un semáforo concurrido, un lugar de ruido, smog y la indiferencia de los conductores.

Cada tarde, después de salir de una escuela a la que asiste de forma intermitente, su madre la lleva al semáforo para "ayudar" con el sustento, vendiendo dulces o limpiando parabrisas. María sabe que cada moneda que gana es esencial para la cena de sus dos hermanos menores.

Su trabajo no es solo vender. Es soportar el viento helado de la tarde bogotana, el temor a los motorizados y la humillación de los rechazos. Ella se acerca a las ventanas de los carros, ofreciendo con una voz suave paquetes de chicles. La mayoría la ignora; otros, le cierran el vidrio de forma brusca. Los días más duros, cuando la lluvia empapa su ropa delgada, siente un nudo en el estómago que no es de hambre, sino de tristeza.

A diferencia de otros niños de su edad, no puede pasar las tardes jugando o haciendo tareas. Su mente está ocupada en calcular cuántas ventas necesita para evitar el regaño de su madre o para asegurarse un plato de comida. El semáforo es un lugar de alto riesgo, donde está expuesta no solo al tráfico sino también a la vigilancia de adultos que la explotan. María anhela tener un pupitre seguro y la tranquilidad de una tarde libre, donde los únicos movimientos que tenga que hacer sean los de un juego, y no los de esquivar carros.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Viento Helado de los Semáforos en Bogotá

### María, 9 años – Bogotá, Localidad de Kennedy

**María** tiene **9 años** y vive en una zona vulnerable al sur de **Bogotá**, cerca de la localidad de **Kennedy**. Su "oficina" es el cruce de un semáforo concurrido, un lugar de ruido, smog y la indiferencia de los conductores.

Cada tarde, después de salir de una escuela a la que asiste de forma intermitente, su madre la lleva al semáforo para "ayudar" con el sustento, vendiendo dulces o limpiando parabrisas. María sabe que cada moneda que gana es esencial para la cena de sus dos hermanos menores.

Su trabajo no es solo vender. Es soportar el viento helado de la tarde bogotana, el temor a los motorizados y la humillación de los rechazos. Ella se acerca a las ventanas de los carros, ofreciendo con una voz suave paquetes de chicles. La mayoría la ignora; otros, le cierran el vidrio de forma brusca. Los días más duros, cuando la lluvia empapa su ropa delgada, siente un nudo en el estómago que no es de hambre, sino de tristeza.

A diferencia de otros niños de su edad, no puede pasar las tardes jugando o haciendo tareas. Su mente está ocupada en calcular cuántas ventas necesita para evitar el regaño de su madre o para asegurarse un plato de comida. El semáforo es un lugar de alto riesgo, donde está expuesta no solo al tráfico sino también a la vigilancia de adultos que la explotan. María anhela tener un pupitre seguro y la tranquilidad de una tarde libre, donde los únicos movimientos que tenga que hacer sean los de un juego, y no los de esquivar carros.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Viento Helado de los Semáforos en Bogotá

### María, 9 años – Bogotá, Localidad de Kennedy

**María** tiene **9 años** y vive en una zona vulnerable al sur de **Bogotá**, cerca de la localidad de **Kennedy**. Su "oficina" es el cruce de un semáforo concurrido, un lugar de ruido, smog y la indiferencia de los conductores.

Cada tarde, después de salir de una escuela a la que asiste de forma intermitente, su madre la lleva al semáforo para "ayudar" con el sustento, vendiendo dulces o limpiando parabrisas. María sabe que cada moneda que gana es esencial para la cena de sus dos hermanos menores.

Su trabajo no es solo vender. Es soportar el viento helado de la tarde bogotana, el temor a los motorizados y la humillación de los rechazos. Ella se acerca a las ventanas de los carros, ofreciendo con una voz suave paquetes de chicles. La mayoría la ignora; otros, le cierran el vidrio de forma brusca. Los días más duros, cuando la lluvia empapa su ropa delgada, siente un nudo en el estómago que no es de hambre, sino de tristeza.

A diferencia de otros niños de su edad, no puede pasar las tardes jugando o haciendo tareas. Su mente está ocupada en calcular cuántas ventas necesita para evitar el regaño de su madre o para asegurarse un plato de comida. El semáforo es un lugar de alto riesgo, donde está expuesta no solo al tráfico sino también a la vigilancia de adultos que la explotan. María anhela tener un pupitre seguro y la tranquilidad de una tarde libre, donde los únicos movimientos que tenga que hacer sean los de un juego, y no los de esquivar carros.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Viento Helado de los Semáforos en Bogotá

### María, 9 años – Bogotá, Localidad de Kennedy

**María** tiene **9 años** y vive en una zona vulnerable al sur de **Bogotá**, cerca de la localidad de **Kennedy**. Su "oficina" es el cruce de un semáforo concurrido, un lugar de ruido, smog y la indiferencia de los conductores.

Cada tarde, después de salir de una escuela a la que asiste de forma intermitente, su madre la lleva al semáforo para "ayudar" con el sustento, vendiendo dulces o limpiando parabrisas. María sabe que cada moneda que gana es esencial para la cena de sus dos hermanos menores.

Su trabajo no es solo vender. Es soportar el viento helado de la tarde bogotana, el temor a los motorizados y la humillación de los rechazos. Ella se acerca a las ventanas de los carros, ofreciendo con una voz suave paquetes de chicles. La mayoría la ignora; otros, le cierran el vidrio de forma brusca. Los días más duros, cuando la lluvia empapa su ropa delgada, siente un nudo en el estómago que no es de hambre, sino de tristeza.

A diferencia de otros niños de su edad, no puede pasar las tardes jugando o haciendo tareas. Su mente está ocupada en calcular cuántas ventas necesita para evitar el regaño de su madre o para asegurarse un plato de comida. El semáforo es un lugar de alto riesgo, donde está expuesta no solo al tráfico sino también a la vigilancia de adultos que la explotan. María anhela tener un pupitre seguro y la tranquilidad de una tarde libre, donde los únicos movimientos que tenga que hacer sean los de un juego, y no los de esquivar carros.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Viento Helado de los Semáforos en Bogotá

### María, 9 años – Bogotá, Localidad de Kennedy

**María** tiene **9 años** y vive en una zona vulnerable al sur de **Bogotá**, cerca de la localidad de **Kennedy**. Su "oficina" es el cruce de un semáforo concurrido, un lugar de ruido, smog y la indiferencia de los conductores.

Cada tarde, después de salir de una escuela a la que asiste de forma intermitente, su madre la lleva al semáforo para "ayudar" con el sustento, vendiendo dulces o limpiando parabrisas. María sabe que cada moneda que gana es esencial para la cena de sus dos hermanos menores.

Su trabajo no es solo vender. Es soportar el viento helado de la tarde bogotana, el temor a los motorizados y la humillación de los rechazos. Ella se acerca a las ventanas de los carros, ofreciendo con una voz suave paquetes de chicles. La mayoría la ignora; otros, le cierran el vidrio de forma brusca. Los días más duros, cuando la lluvia empapa su ropa delgada, siente un nudo en el estómago que no es de hambre, sino de tristeza.

A diferencia de otros niños de su edad, no puede pasar las tardes jugando o haciendo tareas. Su mente está ocupada en calcular cuántas ventas necesita para evitar el regaño de su madre o para asegurarse un plato de comida. El semáforo es un lugar de alto riesgo, donde está expuesta no solo al tráfico sino también a la vigilancia de adultos que la explotan. María anhela tener un pupitre seguro y la tranquilidad de una tarde libre, donde los únicos movimientos que tenga que hacer sean los de un juego, y no los de esquivar carros.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Viento Helado de los Semáforos en Bogotá

### María, 9 años – Bogotá, Localidad de Kennedy

**María** tiene **9 años** y vive en una zona vulnerable al sur de **Bogotá**, cerca de la localidad de **Kennedy**. Su "oficina" es el cruce de un semáforo concurrido, un lugar de ruido, smog y la indiferencia de los conductores.

Cada tarde, después de salir de una escuela a la que asiste de forma intermitente, su madre la lleva al semáforo para "ayudar" con el sustento, vendiendo dulces o limpiando parabrisas. María sabe que cada moneda que gana es esencial para la cena de sus dos hermanos menores.

Su trabajo no es solo vender. Es soportar el viento helado de la tarde bogotana, el temor a los motorizados y la humillación de los rechazos. Ella se acerca a las ventanas de los carros, ofreciendo con una voz suave paquetes de chicles. La mayoría la ignora; otros, le cierran el vidrio de forma brusca. Los días más duros, cuando la lluvia empapa su ropa delgada, siente un nudo en el estómago que no es de hambre, sino de tristeza.

A diferencia de otros niños de su edad, no puede pasar las tardes jugando o haciendo tareas. Su mente está ocupada en calcular cuántas ventas necesita para evitar el regaño de su madre o para asegurarse un plato de comida. El semáforo es un lugar de alto riesgo, donde está expuesta no solo al tráfico sino también a la vigilancia de adultos que la explotan. María anhela tener un pupitre seguro y la tranquilidad de una tarde libre, donde los únicos movimientos que tenga que hacer sean los de un juego, y no los de esquivar carros.

700

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Viento Helado de los Semáforos en Bogotá

### María, 9 años – Bogotá, Localidad de Kennedy

**María** tiene **9 años** y vive en una zona vulnerable al sur de **Bogotá**, cerca de la localidad de **Kennedy**. Su "oficina" es el cruce de un semáforo concurrido, un lugar de ruido, smog y la indiferencia de los conductores.

Cada tarde, después de salir de una escuela a la que asiste de forma intermitente, su madre la lleva al semáforo para "ayudar" con el sustento, vendiendo dulces o limpiando parabrisas. María sabe que cada moneda que gana es esencial para la cena de sus dos hermanos menores.

Su trabajo no es solo vender. Es soportar el viento helado de la tarde bogotana, el temor a los motorizados y la humillación de los rechazos. Ella se acerca a las ventanas de los carros, ofreciendo con una voz suave paquetes de chicles. La mayoría la ignora; otros, le cierran el vidrio de forma brusca. Los días más duros, cuando la lluvia empapa su ropa delgada, siente un nudo en el estómago que no es de hambre, sino de tristeza.

A diferencia de otros niños de su edad, no puede pasar las tardes jugando o haciendo tareas. Su mente está ocupada en calcular cuántas ventas necesita para evitar el regaño de su madre o para asegurarse un plato de comida. El semáforo es un lugar de alto riesgo, donde está expuesta no solo al tráfico sino también a la vigilancia de adultos que la explotan. María anhela tener un pupitre seguro y la tranquilidad de una tarde libre, donde los únicos movimientos que tenga que hacer sean los de un juego, y no los de esquivar carros.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Viento Helado de los Semáforos en Bogotá

### María, 9 años – Bogotá, Localidad de Kennedy

**María** tiene **9 años** y vive en una zona vulnerable al sur de **Bogotá**, cerca de la localidad de **Kennedy**. Su "oficina" es el cruce de un semáforo concurrido, un lugar de ruido, smog y la indiferencia de los conductores.

Cada tarde, después de salir de una escuela a la que asiste de forma intermitente, su madre la lleva al semáforo para "ayudar" con el sustento, vendiendo dulces o limpiando parabrisas. María sabe que cada moneda que gana es esencial para la cena de sus dos hermanos menores.

Su trabajo no es solo vender. Es soportar el viento helado de la tarde bogotana, el temor a los motorizados y la humillación de los rechazos. Ella se acerca a las ventanas de los carros, ofreciendo con una voz suave paquetes de chicles. La mayoría la ignora; otros, le cierran el vidrio de forma brusca. Los días más duros, cuando la lluvia empapa su ropa delgada, siente un nudo en el estómago que no es de hambre, sino de tristeza.

A diferencia de otros niños de su edad, no puede pasar las tardes jugando o haciendo tareas. Su mente está ocupada en calcular cuántas ventas necesita para evitar el regaño de su madre o para asegurarse un plato de comida. El semáforo es un lugar de alto riesgo, donde está expuesta no solo al tráfico sino también a la vigilancia de adultos que la explotan. María anhela tener un pupitre seguro y la tranquilidad de una tarde libre, donde los únicos movimientos que tenga que hacer sean los de un juego, y no los de esquivar carros.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Viento Helado de los Semáforos en Bogotá

### María, 9 años – Bogotá, Localidad de Kennedy

**María** tiene **9 años** y vive en una zona vulnerable al sur de **Bogotá**, cerca de la localidad de **Kennedy**. Su "oficina" es el cruce de un semáforo concurrido, un lugar de ruido, smog y la indiferencia de los conductores.

Cada tarde, después de salir de una escuela a la que asiste de forma intermitente, su madre la lleva al semáforo para "ayudar" con el sustento, vendiendo dulces o limpiando parabrisas. María sabe que cada moneda que gana es esencial para la cena de sus dos hermanos menores.

Su trabajo no es solo vender. Es soportar el viento helado de la tarde bogotana, el temor a los motorizados y la humillación de los rechazos. Ella se acerca a las ventanas de los carros, ofreciendo con una voz suave paquetes de chicles. La mayoría la ignora; otros, le cierran el vidrio de forma brusca. Los días más duros, cuando la lluvia empapa su ropa delgada, siente un nudo en el estómago que no es de hambre, sino de tristeza.

A diferencia de otros niños de su edad, no puede pasar las tardes jugando o haciendo tareas. Su mente está ocupada en calcular cuántas ventas necesita para evitar el regaño de su madre o para asegurarse un plato de comida. El semáforo es un lugar de alto riesgo, donde está expuesta no solo al tráfico sino también a la vigilancia de adultos que la explotan. María anhela tener un pupitre seguro y la tranquilidad de una tarde libre, donde los únicos movimientos que tenga que hacer sean los de un juego, y no los de esquivar carros.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Viento Helado de los Semáforos en Bogotá

### María, 9 años – Bogotá, Localidad de Kennedy

**María** tiene **9 años** y vive en una zona vulnerable al sur de **Bogotá,** cerca de la localidad de **Kennedy**. Su "oficina" es el cruce de un semáforo concurrido, un lugar de ruido, smog y la indiferencia de los conductores.

Cada tarde, después de salir de una escuela a la que asiste de forma intermitente, su madre la lleva al semáforo para "ayudar" con el sustento, vendiendo dulces o limpiando parabrisas. María sabe que cada moneda que gana es esencial para la cena de sus dos hermanos menores.

Su trabajo no es solo vender. Es soportar el viento helado de la tarde bogotana, el temor a los motorizados y la humillación de los rechazos. Ella se acerca a las ventanas de los carros, ofreciendo con una voz suave paquetes de chicles. La mayoría la ignora; otros, le cierran el vidrio de forma brusca. Los días más duros, cuando la lluvia empapa su ropa delgada, siente un nudo en el estómago que no es de hambre, sino de tristeza.

A diferencia de otros niños de su edad, no puede pasar las tardes jugando o haciendo tareas. Su mente está ocupada en calcular cuántas ventas necesita para evitar el regaño de su madre o para asegurarse un plato de comida. El semáforo es un lugar de alto riesgo, donde está expuesta no solo al tráfico sino también a la vigilancia de adultos que la explotan. María anhela tener un pupitre seguro y la tranquilidad de una tarde libre, donde los únicos movimientos que tenga que hacer sean los de un juego, y no los de esquivar carros.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Viento Helado de los Semáforos en Bogotá

### María, 9 años – Bogotá, Localidad de Kennedy

**María** tiene **9 años** y vive en una zona vulnerable al sur de **Bogotá,** cerca de la localidad de **Kennedy**. Su "oficina" es el cruce de un semáforo concurrido, un lugar de ruido, smog y la indiferencia de los conductores.

Cada tarde, después de salir de una escuela a la que asiste de forma intermitente, su madre la lleva al semáforo para "ayudar" con el sustento, vendiendo dulces o limpiando parabrisas. María sabe que cada moneda que gana es esencial para la cena de sus dos hermanos menores.

Su trabajo no es solo vender. Es soportar el viento helado de la tarde bogotana, el temor a los motorizados y la humillación de los rechazos. Ella se acerca a las ventanas de los carros, ofreciendo con una voz suave paquetes de chicles. La mayoría la ignora; otros, le cierran el vidrio de forma brusca. Los días más duros, cuando la lluvia empapa su ropa delgada, siente un nudo en el estómago que no es de hambre, sino de tristeza.

A diferencia de otros niños de su edad, no puede pasar las tardes jugando o haciendo tareas. Su mente está ocupada en calcular cuántas ventas necesita para evitar el regaño de su madre o para asegurarse un plato de comida. El semáforo es un lugar de alto riesgo, donde está expuesta no solo al tráfico sino también a la vigilancia de adultos que la explotan. María anhela tener un pupitre seguro y la tranquilidad de una tarde libre, donde los únicos movimientos que tenga que hacer sean los de un juego, y no los de esquivar carros.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Viento Helado de los Semáforos en Bogotá

### María, 9 años – Bogotá, Localidad de Kennedy

**María** tiene **9 años** y vive en una zona vulnerable al sur de **Bogotá**, cerca de la localidad de **Kennedy**. Su "oficina" es el cruce de un semáforo concurrido, un lugar de ruido, smog y la indiferencia de los conductores.

Cada tarde, después de salir de una escuela a la que asiste de forma intermitente, su madre la lleva al semáforo para "ayudar" con el sustento, vendiendo dulces o limpiando parabrisas. María sabe que cada moneda que gana es esencial para la cena de sus dos hermanos menores.

Su trabajo no es solo vender. Es soportar el viento helado de la tarde bogotana, el temor a los motorizados y la humillación de los rechazos. Ella se acerca a las ventanas de los carros, ofreciendo con una voz suave paquetes de chicles. La mayoría la ignora; otros, le cierran el vidrio de forma brusca. Los días más duros, cuando la lluvia empapa su ropa delgada, siente un nudo en el estómago que no es de hambre, sino de tristeza.

A diferencia de otros niños de su edad, no puede pasar las tardes jugando o haciendo tareas. Su mente está ocupada en calcular cuántas ventas necesita para evitar el regaño de su madre o para asegurarse un plato de comida. El semáforo es un lugar de alto riesgo, donde está expuesta no solo al tráfico sino también a la vigilancia de adultos que la explotan. María anhela tener un pupitre seguro y la tranquilidad de una tarde libre, donde los únicos movimientos que tenga que hacer sean los de un juego, y no los de esquivar carros.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Viento Helado de los Semáforos en Bogotá

### María, 9 años – Bogotá, Localidad de Kennedy

**María** tiene **9 años** y vive en una zona vulnerable al sur de **Bogotá**, cerca de la localidad de **Kennedy**. Su "oficina" es el cruce de un semáforo concurrido, un lugar de ruido, smog y la indiferencia de los conductores.

Cada tarde, después de salir de una escuela a la que asiste de forma intermitente, su madre la lleva al semáforo para "ayudar" con el sustento, vendiendo dulces o limpiando parabrisas. María sabe que cada moneda que gana es esencial para la cena de sus dos hermanos menores.

Su trabajo no es solo vender. Es soportar el viento helado de la tarde bogotana, el temor a los motorizados y la humillación de los rechazos. Ella se acerca a las ventanas de los carros, ofreciendo con una voz suave paquetes de chicles. La mayoría la ignora; otros, le cierran el vidrio de forma brusca. Los días más duros, cuando la lluvia empapa su ropa delgada, siente un nudo en el estómago que no es de hambre, sino de tristeza.

A diferencia de otros niños de su edad, no puede pasar las tardes jugando o haciendo tareas. Su mente está ocupada en calcular cuántas ventas necesita para evitar el regaño de su madre o para asegurarse un plato de comida. El semáforo es un lugar de alto riesgo, donde está expuesta no solo al tráfico sino también a la vigilancia de adultos que la explotan. María anhela tener un pupitre seguro y la tranquilidad de una tarde libre, donde los únicos movimientos que tenga que hacer sean los de un juego, y no los de esquivar carros.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Viento Helado de los Semáforos en Bogotá

**María, 9 años – Bogotá, Localidad de Kennedy**.

**María** tiene **9 años** y vive en una zona vulnerable al sur de **Bogotá**, cerca de la localidad de **Kennedy**. Su "oficina" es el cruce de un semáforo concurrido, un lugar de ruido, smog y la indiferencia de los conductores.

Cada tarde, después de salir de una escuela a la que asiste de forma intermitente, su madre la lleva al semáforo para "ayudar" con el sustento, vendiendo dulces o limpiando parabrisas. María sabe que cada moneda que gana es esencial para la cena de sus dos hermanos menores.

Su trabajo no es solo vender. Es soportar el viento helado de la tarde bogotana, el temor a los motorizados y la humillación de los rechazos. Ella se acerca a las ventanas de los carros, ofreciendo con una voz suave paquetes de chicles. La mayoría la ignora; otros, le cierran el vidrio de forma brusca. Los días más duros, cuando la lluvia empapa su ropa delgada, siente un nudo en el estómago que no es de hambre, sino de tristeza.

A diferencia de otros niños de su edad, no puede pasar las tardes jugando o haciendo tareas. Su mente está ocupada en calcular cuántas ventas necesita para evitar el regaño de su madre o para asegurarse un plato de comida. El semáforo es un lugar de alto riesgo, donde está expuesta no solo al tráfico sino también a la vigilancia de adultos que la explotan. María anhela tener un pupitre seguro y la tranquilidad de una tarde libre, donde los únicos movimientos que tenga que hacer sean los de un juego, y no los de esquivar carros.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Viento Helado de los Semáforos en Bogotá

### María, 9 años – Bogotá, Localidad de Kennedy

**María** tiene **9 años** y vive en una zona vulnerable al sur de **Bogotá,** cerca de la localidad de **Kennedy**. Su "oficina" es el cruce de un semáforo concurrido, un lugar de ruido, smog y la indiferencia de los conductores.

Cada tarde, después de salir de una escuela a la que asiste de forma intermitente, su madre la lleva al semáforo para "ayudar" con el sustento, vendiendo dulces o limpiando parabrisas. María sabe que cada moneda que gana es esencial para la cena de sus dos hermanos menores.

Su trabajo no es solo vender. Es soportar el viento helado de la tarde bogotana, el temor a los motorizados y la humillación de los rechazos. Ella se acerca a las ventanas de los carros, ofreciendo con una voz suave paquetes de chicles. La mayoría la ignora; otros, le cierran el vidrio de forma brusca. Los días más duros, cuando la lluvia empapa su ropa delgada, siente un nudo en el estómago que no es de hambre, sino de tristeza.

A diferencia de otros niños de su edad, no puede pasar las tardes jugando o haciendo tareas. Su mente está ocupada en calcular cuántas ventas necesita para evitar el regaño de su madre o para asegurarse un plato de comida. El semáforo es un lugar de alto riesgo, donde está expuesta no solo al tráfico sino también a la vigilancia de adultos que la explotan. María anhela tener un pupitre seguro y la tranquilidad de una tarde libre, donde los únicos movimientos que tenga que hacer sean los de un juego, y no los de esquivar carros.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Viento Helado de los Semáforos en Bogotá

### María, 9 años – Bogotá, Localidad de Kennedy

**María** tiene **9 años** y vive en una zona vulnerable al sur de **Bogotá**, cerca de la localidad de **Kennedy**. Su "oficina" es el cruce de un semáforo concurrido, un lugar de ruido, smog y la indiferencia de los conductores.

Cada tarde, después de salir de una escuela a la que asiste de forma intermitente, su madre la lleva al semáforo para "ayudar" con el sustento, vendiendo dulces o limpiando parabrisas. María sabe que cada moneda que gana es esencial para la cena de sus dos hermanos menores.

Su trabajo no es solo vender. Es soportar el viento helado de la tarde bogotana, el temor a los motorizados y la humillación de los rechazos. Ella se acerca a las ventanas de los carros, ofreciendo con una voz suave paquetes de chicles. La mayoría la ignora; otros, le cierran el vidrio de forma brusca. Los días más duros, cuando la lluvia empapa su ropa delgada, siente un nudo en el estómago que no es de hambre, sino de tristeza.

A diferencia de otros niños de su edad, no puede pasar las tardes jugando o haciendo tareas. Su mente está ocupada en calcular cuántas ventas necesita para evitar el regaño de su madre o para asegurarse un plato de comida. El semáforo es un lugar de alto riesgo, donde está expuesta no solo al tráfico sino también a la vigilancia de adultos que la explotan. María anhela tener un pupitre seguro y la tranquilidad de una tarde libre, donde los únicos movimientos que tenga que hacer sean los de un juego, y no los de esquivar carros.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Viento Helado de los Semáforos en Bogotá

### María, 9 años – Bogotá, Localidad de Kennedy

**María** tiene **9 años** y vive en una zona vulnerable al sur de **Bogotá,** cerca de la localidad de **Kennedy**. Su "oficina" es el cruce de un semáforo concurrido, un lugar de ruido, smog y la indiferencia de los conductores.

Cada tarde, después de salir de una escuela a la que asiste de forma intermitente, su madre la lleva al semáforo para "ayudar" con el sustento, vendiendo dulces o limpiando parabrisas. María sabe que cada moneda que gana es esencial para la cena de sus dos hermanos menores.

Su trabajo no es solo vender. Es soportar el viento helado de la tarde bogotana, el temor a los motorizados y la humillación de los rechazos. Ella se acerca a las ventanas de los carros, ofreciendo con una voz suave paquetes de chicles. La mayoría la ignora; otros, le cierran el vidrio de forma brusca. Los días más duros, cuando la lluvia empapa su ropa delgada, siente un nudo en el estómago que no es de hambre, sino de tristeza.

A diferencia de otros niños de su edad, no puede pasar las tardes jugando o haciendo tareas. Su mente está ocupada en calcular cuántas ventas necesita para evitar el regaño de su madre o para asegurarse un plato de comida. El semáforo es un lugar de alto riesgo, donde está expuesta no solo al tráfico sino también a la vigilancia de adultos que la explotan. María anhela tener un pupitre seguro y la tranquilidad de una tarde libre, donde los únicos movimientos que tenga que hacer sean los de un juego, y no los de esquivar carros.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Viento Helado de los Semáforos en Bogotá

### María, 9 años – Bogotá, Localidad de Kennedy

**María** tiene **9 años** y vive en una zona vulnerable al sur de **Bogotá**, cerca de la localidad de **Kennedy**. Su "oficina" es el cruce de un semáforo concurrido, un lugar de ruido, smog y la indiferencia de los conductores.

Cada tarde, después de salir de una escuela a la que asiste de forma intermitente, su madre la lleva al semáforo para "ayudar" con el sustento, vendiendo dulces o limpiando parabrisas. María sabe que cada moneda que gana es esencial para la cena de sus dos hermanos menores.

Su trabajo no es solo vender. Es soportar el viento helado de la tarde bogotana, el temor a los motorizados y la humillación de los rechazos. Ella se acerca a las ventanas de los carros, ofreciendo con una voz suave paquetes de chicles. La mayoría la ignora; otros, le cierran el vidrio de forma brusca. Los días más duros, cuando la lluvia empapa su ropa delgada, siente un nudo en el estómago que no es de hambre, sino de tristeza.

A diferencia de otros niños de su edad, no puede pasar las tardes jugando o haciendo tareas. Su mente está ocupada en calcular cuántas ventas necesita para evitar el regaño de su madre o para asegurarse un plato de comida. El semáforo es un lugar de alto riesgo, donde está expuesta no solo al tráfico sino también a la vigilancia de adultos que la explotan. María anhela tener un pupitre seguro y la tranquilidad de una tarde libre, donde los únicos movimientos que tenga que hacer sean los de un juego, y no los de esquivar carros.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Viento Helado de los Semáforos en Bogotá

### María, 9 años – Bogotá, Localidad de Kennedy

**María** tiene **9 años** y vive en una zona vulnerable al sur de **Bogotá**, cerca de la localidad de **Kennedy**. Su "oficina" es el cruce de un semáforo concurrido, un lugar de ruido, smog y la indiferencia de los conductores.

Cada tarde, después de salir de una escuela a la que asiste de forma intermitente, su madre la lleva al semáforo para "ayudar" con el sustento, vendiendo dulces o limpiando parabrisas. María sabe que cada moneda que gana es esencial para la cena de sus dos hermanos menores.

Su trabajo no es solo vender. Es soportar el viento helado de la tarde bogotana, el temor a los motorizados y la humillación de los rechazos. Ella se acerca a las ventanas de los carros, ofreciendo con una voz suave paquetes de chicles. La mayoría la ignora; otros, le cierran el vidrio de forma brusca. Los días más duros, cuando la lluvia empapa su ropa delgada, siente un nudo en el estómago que no es de hambre, sino de tristeza.

A diferencia de otros niños de su edad, no puede pasar las tardes jugando o haciendo tareas. Su mente está ocupada en calcular cuántas ventas necesita para evitar el regaño de su madre o para asegurarse un plato de comida. El semáforo es un lugar de alto riesgo, donde está expuesta no solo al tráfico sino también a la vigilancia de adultos que la explotan. María anhela tener un pupitre seguro y la tranquilidad de una tarde libre, donde los únicos movimientos que tenga que hacer sean los de un juego, y no los de esquivar carros.

| | | |
|---|---|---|
| [redacted] | FORMATO | VERSIÓN: 02 |
| | ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA | FECHA: 15-08-2012 |
| | PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD | PÁGINA 1 DE 1 |

## ACTA DE REUNIÓN

| | |
|---|---|
| Lugar: Barrio Jaraguay | Hora de Inicio: 3:pm |
| Fecha 10 de Agosto -2025 | Hora de Finalización: 5:pm |

**Objetivo(s) de la Reunión**

Establecer Medidas para proteger a los niños, coordinar esfuerzos interinstitucionales para abordar las causas, y fortalecer los programas de protección social.
promover el desarrollo integral através de Actividades ludicas

**Desarrollo de la Reunión**

Definicion de objetivos claros, planificar
Identificar el problema en la comunidad,
causas y consecuencias, y la búsqueda de
Soluciones, donde Voluntarios fomenten
la participacion, para sensibilizar a todo
y promover cambios de Actitud. -
Garantizando los derechos de los niños
y adolescentes en situaciones de trabajo
infantil.

**Conclusiones**

La reunión se Centro en las necesidades de un enfoque integral.
La importancia de la educación de calidad y la proteccion social.

**Recomendaciones**

Ninguno

**Responsables de la Actividad**

LIGIA MEJIA PEREZ
CC 1065005267

manuela
5086144

774

V29

HOSPITAL SAN JOSÉ

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: 5 Determinantes Sociales de la Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Educativo Reflexiva Articulada con ECBP, dirigida a padres de Familia sobre la prevención del trabajo infantil para sensibilizar la población sobre los riesgos y consecuencias del trabajo infantil

| DIA: | 10 | MES: | Agosto | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | Barrio Jaraguay (Valencia) | ZONA: | Urbana |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Carlos A Lopez | CC | 1199165518 | 3216723445 | 35 | M | H | | | | | | | | X | Nuevo ESS | | | X | | | X | X | | Carlos L. |
| 2 | Ena Rodriguez Pena | CC | 50570491 | 3178015667 | 52 | F | M | | | | | | | | X | Nuevo ESS | | | X | | | X | X | | Ena Rodriguez |
| 3 | Silvia Arrieta | CC | 50859944 | 3006153317 | 65 | F | M | | | | | | | | X | Nuevo ESS | | | X | | | X | X | | Silvia Arrieta |
| 4 | Jose Pereira Pacheco | CC | 10899243 | 3006153317 | 66 | M | H | | | | | | | | X | Nuevo ESS | | | X | | | X | X | | Jose Pereira |
| 5 | Jose Ruiz Carpio | CC | 10899191 | 3214671529 | 67 | M | H | | | | | | | | X | Nuevo ESS | | | X | | | X | X | | Jose Ruiz |
| 6 | Vanessa Herrera Sanchez | CC | 1068816106 | 3214671529 | 18 | F | M | | | | | | | | | Nuevo ESS | | | | | | | X | | Vanessa Herrera |
| 7 | Manuela Rubio Diaz | CC | 50861744 | 3126254685 | 57 | F | M | | | | | | | | | Nuevo ESS | | | X | | | X | X | | Manuela |
| 8 | Clara E Fernandez | CC | 39089297 | 3235883981 | 64 | F | M | | | | | | | | | | Nuevo ESS | | | | | | X | | Clara Fuentes |
| 9 | Damaris Sanchez | CC | 10897627 | 3116359571 | 71 | F | M | | | | | | | | | Nuevo ESS | | | | | | | X | | Damaris Sanchez |
| 10 | Julio Cesar Baza | CC | 78766624 | 3113060534 | 47 | F | M | | | | | | | | | Nuevo ESS | | | | | | | X | | Julio Cesar Baza |

V203

HOSPITAL SAN JOSE

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: 5 Determinantes Sociales de la Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Educativa Reflexiva, articulada con IEC/E, dirigida a padres de Familia, sobre la prevención del Del trabajo Infantil, para sensibilizar a la población sobre los riesgo y consecuencia del trabajo Infantil.

| DIA: | 10 | MES: | Agosto | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | Barrio Jaraboy Cuadrecia | ZONA: | Urbana |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Argemiro morales | CC | 78220017 | 3137517413 | 65 | M | H | | | | | | | | X | Vigo ES | | | X | | | X | X | | . Argemiro. |
| 2 | Aninfa Nisperoza | CC | 5088650 | 3201139999 | 65 | F | H | | | | | | | | X | Vigo ES | | | X | | | X | X | | Aninfa Del Carmen |
| 3 | Marinela Pacheco | CC | 1003467127 | 3207266723 | 26 | F | H | | | | | | | | X | Vigo ES | | | X | | | X | X | | . Marinela Pacheco |
| 4 | Nelsi Gonzalez G | CC | 25449814 | 3146397298 | 30 | F | H | | | | | | | | X | Vigo ES | | | X | | | X | X | | . Nely Gonzalez |
| 5 | Emilse Cogollo | CC | 44157246 | 3137993567 | 41 | F | M | | | | | | | | X | Vigo ES | | | X | | | X | X | | . Emilse Cogollo |
| 6 | Kelly Sanchez Herrera | CC | 50570736 | 3187773255 | 47 | F | H | | | | | | | | X | Vigo ES | | | X | | | X | X | | . Kelly Cardo |
| 7 | Margen Altamiranda | CC | 50860458 | 3227192792 | 69 | F | H | | | | | | | | X | Vigo ES | | | X | | | X | X | | . Marge. |
| 8 | Manuel fabra | CC | 8171416 | 3148103181 | 73 | M | H | | | | | | | | X | Vigo ES | | | | X | | | X | | Manuel Fabra. |
| 9 | Estebana Hoyos Alean | CC | 50859858 | 3186009212 | 71 | F | H | | | | | | | | X | Vigo ES | | | | X | | | X | | . Estebana |
| 10 | Gladys Rodriguez | CC | 50805052 | 3127138171 | 63 | F | H | | | | | | X | | | Vigo ES | | | X | | | | X | | . Gladys R. |

[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

**EJE: 5 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD**

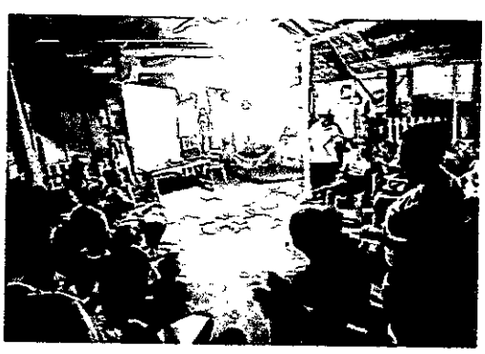
| | |
|---|---|
| **Lugar:** | **BARRIO JARAGUAY** |
| **Fecha:** | **10/08/2025 HORA: 03:00 PM – 05:00 PM** |
| **Personas Intervenidas:** | **20 PERSONAS** |

**SE REALIZÓ UNA ACTIVIDAD EDUCATIVA REFLEXIVA ARTICULADA CON ICBF, DIRIGIDA A PADRES DE FAMILIA Y COMUNIDAD EN GENERAL SOBRE LA PREVENCIÓN DEL TRABAJO INFANTIL, CON EL FIN DE SENSIBILIZAR A LA POBLACIÓN SOBRE LOS RIESGOS Y CONSECUENCIAS DEL TRABAJO INFANTIL, DERECHOS DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS, ASÍ COMO LAS LEYES RELACIONADAS CON EL TRABAJO INFANTIL Y ALTERNATIVAS SALUDABLES PARA LA CRIANZA Y EDUCACIÓN DE LOS HIJOS A UN MÍNIMO DE 20 PERSONAS. LA ACTIVIDAD DEBE INCLUIR REFLEXIÓN GRUPAL SOBRE HISTORIAS INSPIRADORAS REALES O FICTICIAS DE NIÑOS QUE HAN ABANDONADO LA ESCUELA POR INGRESAR PREMATURAMENTE AL MERCADO LABORAL.**

**MATERIAL**




**REFLEXIÓN GRUPAL SOBRE HISTORIAS INSPIRADORAS REALES O FICTICIAS**









## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Peso del Carbón en Boyacá

### Juan, 12 años – Boyacá, Zona Minera

**Juan** vive en una zona rural de **Boyacá** donde la tradición de la minería de carbón es más fuerte que la promesa de la escuela. A sus **12 años**, su cuerpo ya conoce el dolor del esfuerzo físico extremo.

Su jornada comienza mucho antes del amanecer, descendiendo a la boca del **socavón**, una mina artesanal e informal. Su padre, un minero de toda la vida, cree que es mejor tenerlo cerca que dejarlo "sin hacer nada" en casa, una justificación cultural común para la explotación. El trabajo de Juan es el de un "volantón": acarrea bultos de carbón o ayuda a instalar los soportes de madera.

Dentro de la mina, el aire es denso y frío. Las partículas de carbón flotan, cubriendo su rostro y penetrando sus pulmones. Está expuesto a gases tóxicos, a la amenaza constante de un derrumbe y a la oscuridad total, solo interrumpida por la luz de su linterna. Una vez, un trozo de roca cayó muy cerca, dejándolo con un profundo temor que aún no logra verbalizar.

A su edad, debería estar en el aula aprendiendo matemáticas o historia, pero en lugar de eso, está calculando cuántos bultos de carbón necesita sacar para ganar el equivalente a unos pocos dólares que apenas alcanzan para el mercado familiar. El trabajo no solo le ha robado la infancia; le ha dejado un dolor crónico en la espalda y el riesgo inminente de una enfermedad respiratoria. Sueña con ser maestro, pero con los brazos siempre cansados y el cuerpo adolorido, la escuela se siente como una posibilidad lejana, enterrada bajo el mismo carbón que carga a diario.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Peso del Carbón en Boyacá

### Juan, 12 años – Boyacá, Zona Minera

**Juan** vive en una zona rural de **Boyacá** donde la tradición de la minería de carbón es más fuerte que la promesa de la escuela. A sus **12 años**, su cuerpo ya conoce el dolor del esfuerzo físico extremo.

Su jornada comienza mucho antes del amanecer, descendiendo a la boca del **socavón**, una mina artesanal e informal. Su padre, un minero de toda la vida, cree que es mejor tenerlo cerca que dejarlo "sin hacer nada" en casa, una justificación cultural común para la explotación. El trabajo de Juan es el de un "volantón": acarrea bultos de carbón o ayuda a instalar los soportes de madera.

Dentro de la mina, el aire es denso y frío. Las partículas de carbón flotan, cubriendo su rostro y penetrando sus pulmones. Está expuesto a gases tóxicos, a la amenaza constante de un derrumbe y a la oscuridad total, solo interrumpida por la luz de su linterna. Una vez, un trozo de roca cayó muy cerca, dejándolo con un profundo temor que aún no logra verbalizar.

A su edad, debería estar en el aula aprendiendo matemáticas o historia, pero en lugar de eso, está calculando cuántos bultos de carbón necesita sacar para ganar el equivalente a unos pocos dólares que apenas alcanzan para el mercado familiar. El trabajo no solo le ha robado la infancia; le ha dejado un dolor crónico en la espalda y el riesgo inminente de una enfermedad respiratoria. Sueña con ser maestro, pero con los brazos siempre cansados y el cuerpo adolorido, la escuela se siente como una posibilidad lejana, enterrada bajo el mismo carbón que carga a diario.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Peso del Carbón en Boyacá

### Juan, 12 años – Boyacá, Zona Minera

**Juan** vive en una zona rural de **Boyacá** donde la tradición de la minería de carbón es más fuerte que la promesa de la escuela. A sus **12 años**, su cuerpo ya conoce el dolor del esfuerzo físico extremo.

Su jornada comienza mucho antes del amanecer, descendiendo a la boca del **socavón**, una mina artesanal e informal. Su padre, un minero de toda la vida, cree que es mejor tenerlo cerca que dejarlo "sin hacer nada" en casa, una justificación cultural común para la explotación. El trabajo de Juan es el de un "volantón": acarrea bultos de carbón o ayuda a instalar los soportes de madera.

Dentro de la mina, el aire es denso y frío. Las partículas de carbón flotan, cubriendo su rostro y penetrando sus pulmones. Está expuesto a gases tóxicos, a la amenaza constante de un derrumbe y a la oscuridad total, solo interrumpida por la luz de su linterna. Una vez, un trozo de roca cayó muy cerca, dejándolo con un profundo temor que aún no logra verbalizar.

A su edad, debería estar en el aula aprendiendo matemáticas o historia, pero en lugar de eso, está calculando cuántos bultos de carbón necesita sacar para ganar el equivalente a unos pocos dólares que apenas alcanzan para el mercado familiar. El trabajo no solo le ha robado la infancia; le ha dejado un dolor crónico en la espalda y el riesgo inminente de una enfermedad respiratoria. Sueña con ser maestro, pero con los brazos siempre cansados y el cuerpo adolorido, la escuela se siente como una posibilidad lejana, enterrada bajo el mismo carbón que carga a diario.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Peso del Carbón en Boyacá

### Juan, 12 años – Boyacá, Zona Minera

**Juan** vive en una zona rural de **Boyacá** donde la tradición de la minería de carbón es más fuerte que la promesa de la escuela. A sus **12 años**, su cuerpo ya conoce el dolor del esfuerzo físico extremo.

Su jornada comienza mucho antes del amanecer, descendiendo a la boca del **socavón**, una mina artesanal e informal. Su padre, un minero de toda la vida, cree que es mejor tenerlo cerca que dejarlo "sin hacer nada" en casa, una justificación cultural común para la explotación. El trabajo de Juan es el de un "volantón": acarrea bultos de carbón o ayuda a instalar los soportes de madera.

Dentro de la mina, el aire es denso y frío. Las partículas de carbón flotan, cubriendo su rostro y penetrando sus pulmones. Está expuesto a gases tóxicos, a la amenaza constante de un derrumbe y a la oscuridad total, solo interrumpida por la luz de su linterna. Una vez, un trozo de roca cayó muy cerca, dejándolo con un profundo temor que aún no logra verbalizar.

A su edad, debería estar en el aula aprendiendo matemáticas o historia, pero en lugar de eso, está calculando cuántos bultos de carbón necesita sacar para ganar el equivalente a unos pocos dólares que apenas alcanzan para el mercado familiar. El trabajo no solo le ha robado la infancia; le ha dejado un dolor crónico en la espalda y el riesgo inminente de una enfermedad respiratoria. Sueña con ser maestro, pero con los brazos siempre cansados y el cuerpo adolorido, la escuela se siente como una posibilidad lejana, enterrada bajo el mismo carbón que carga a diario.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Peso del Carbón en Boyacá

### Juan, 12 años – Boyacá, Zona Minera

**Juan** vive en una zona rural de **Boyacá** donde la tradición de la minería de carbón es más fuerte que la promesa de la escuela. A sus **12 años**, su cuerpo ya conoce el dolor del esfuerzo físico extremo.

Su jornada comienza mucho antes del amanecer, descendiendo a la boca del **socavón**, una mina artesanal e informal. Su padre, un minero de toda la vida, cree que es mejor tenerlo cerca que dejarlo "sin hacer nada" en casa, una justificación cultural común para la explotación. El trabajo de Juan es el de un "volantón": acarrea bultos de carbón o ayuda a instalar los soportes de madera.

Dentro de la mina, el aire es denso y frío. Las partículas de carbón flotan, cubriendo su rostro y penetrando sus pulmones. Está expuesto a gases tóxicos, a la amenaza constante de un derrumbe y a la oscuridad total, solo interrumpida por la luz de su linterna. Una vez, un trozo de roca cayó muy cerca, dejándolo con un profundo temor que aún no logra verbalizar.

A su edad, debería estar en el aula aprendiendo matemáticas o historia, pero en lugar de eso, está calculando cuántos bultos de carbón necesita sacar para ganar el equivalente a unos pocos dólares que apenas alcanzan para el mercado familiar. El trabajo no solo le ha robado la infancia; le ha dejado un dolor crónico en la espalda y el riesgo inminente de una enfermedad respiratoria. Sueña con ser maestro, pero con los brazos siempre cansados y el cuerpo adolorido, la escuela se siente como una posibilidad lejana, enterrada bajo el mismo carbón que carga a diario.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Peso del Carbón en Boyacá

### Juan, 12 años – Boyacá, Zona Minera

**Juan** vive en una zona rural de **Boyacá** donde la tradición de la minería de carbón es más fuerte que la promesa de la escuela. A sus **12 años**, su cuerpo ya conoce el dolor del esfuerzo físico extremo.

Su jornada comienza mucho antes del amanecer, descendiendo a la boca del **socavón**, una mina artesanal e informal. Su padre, un minero de toda la vida, cree que es mejor tenerlo cerca que dejarlo "sin hacer nada" en casa, una justificación cultural común para la explotación. El trabajo de Juan es el de un "volantón": acarrea bultos de carbón o ayuda a instalar los soportes de madera.

Dentro de la mina, el aire es denso y frío. Las partículas de carbón flotan, cubriendo su rostro y penetrando sus pulmones. Está expuesto a gases tóxicos, a la amenaza constante de un derrumbe y a la oscuridad total, solo interrumpida por la luz de su linterna. Una vez, un trozo de roca cayó muy cerca, dejándolo con un profundo temor que aún no logra verbalizar.

A su edad, debería estar en el aula aprendiendo matemáticas o historia, pero en lugar de eso, está calculando cuántos bultos de carbón necesita sacar para ganar el equivalente a unos pocos dólares que apenas alcanzan para el mercado familiar. El trabajo no solo le ha robado la infancia; le ha dejado un dolor crónico en la espalda y el riesgo inminente de una enfermedad respiratoria. Sueña con ser maestro, pero con los brazos siempre cansados y el cuerpo adolorido, la escuela se siente como una posibilidad lejana, enterrada bajo el mismo carbón que carga a diario.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Peso del Carbón en Boyacá

### Juan, 12 años – Boyacá, Zona Minera

**Juan** vive en una zona rural de **Boyacá** donde la tradición de la minería de carbón es más fuerte que la promesa de la escuela. A sus **12 años**, su cuerpo ya conoce el dolor del esfuerzo físico extremo.

Su jornada comienza mucho antes del amanecer, descendiendo a la boca del **socavón**, una mina artesanal e informal. Su padre, un minero de toda la vida, cree que es mejor tenerlo cerca que dejarlo "sin hacer nada" en casa, una justificación cultural común para la explotación. El trabajo de Juan es el de un "volantón": acarrea bultos de carbón o ayuda a instalar los soportes de madera.

Dentro de la mina, el aire es denso y frío. Las partículas de carbón flotan, cubriendo su rostro y penetrando sus pulmones. Está expuesto a gases tóxicos, a la amenaza constante de un derrumbe y a la oscuridad total, solo interrumpida por la luz de su linterna. Una vez, un trozo de roca cayó muy cerca, dejándolo con un profundo temor que aún no logra verbalizar.

A su edad, debería estar en el aula aprendiendo matemáticas o historia, pero en lugar de eso, está calculando cuántos bultos de carbón necesita sacar para ganar el equivalente a unos pocos dólares que apenas alcanzan para el mercado familiar. El trabajo no solo le ha robado la infancia; le ha dejado un dolor crónico en la espalda y el riesgo inminente de una enfermedad respiratoria. Sueña con ser maestro, pero con los brazos siempre cansados y el cuerpo adolorido, la escuela se siente como una posibilidad lejana, enterrada bajo el mismo carbón que carga a diario.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Peso del Carbón en Boyacá

### Juan, 12 años – Boyacá, Zona Minera

**Juan** vive en una zona rural de **Boyacá** donde la tradición de la minería de carbón es más fuerte que la promesa de la escuela. A sus **12 años**, su cuerpo ya conoce el dolor del esfuerzo físico extremo.

Su jornada comienza mucho antes del amanecer, descendiendo a la boca del **socavón**, una mina artesanal e informal. Su padre, un minero de toda la vida, cree que es mejor tenerlo cerca que dejarlo "sin hacer nada" en casa, una justificación cultural común para la explotación. El trabajo de Juan es el de un "volantón": acarrea bultos de carbón o ayuda a instalar los soportes de madera.

Dentro de la mina, el aire es denso y frío. Las partículas de carbón flotan, cubriendo su rostro y penetrando sus pulmones. Está expuesto a gases tóxicos, a la amenaza constante de un derrumbe y a la oscuridad total, solo interrumpida por la luz de su linterna. Una vez, un trozo de roca cayó muy cerca, dejándolo con un profundo temor que aún no logra verbalizar.

A su edad, debería estar en el aula aprendiendo matemáticas o historia, pero en lugar de eso, está calculando cuántos bultos de carbón necesita sacar para ganar el equivalente a unos pocos dólares que apenas alcanzan para el mercado familiar. El trabajo no solo le ha robado la infancia; le ha dejado un dolor crónico en la espalda y el riesgo inminente de una enfermedad respiratoria. Sueña con ser maestro, pero con los brazos siempre cansados y el cuerpo adolorido, la escuela se siente como una posibilidad lejana, enterrada bajo el mismo carbón que carga a diario.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Peso del Carbón en Boyacá

### Juan, 12 años – Boyacá, Zona Minera

**Juan** vive en una zona rural de **Boyacá** donde la tradición de la minería de carbón es más fuerte que la promesa de la escuela. A sus **12 años**, su cuerpo ya conoce el dolor del esfuerzo físico extremo.

Su jornada comienza mucho antes del amanecer, descendiendo a la boca del **socavón**, una mina artesanal e informal. Su padre, un minero de toda la vida, cree que es mejor tenerlo cerca que dejarlo "sin hacer nada" en casa, una justificación cultural común para la explotación. El trabajo de Juan es el de un "volantón": acarrea bultos de carbón o ayuda a instalar los soportes de madera.

Dentro de la mina, el aire es denso y frío. Las partículas de carbón flotan, cubriendo su rostro y penetrando sus pulmones. Está expuesto a gases tóxicos, a la amenaza constante de un derrumbe y a la oscuridad total, solo interrumpida por la luz de su linterna. Una vez, un trozo de roca cayó muy cerca, dejándolo con un profundo temor que aún no logra verbalizar.

A su edad, debería estar en el aula aprendiendo matemáticas o historia, pero en lugar de eso, está calculando cuántos bultos de carbón necesita sacar para ganar el equivalente a unos pocos dólares que apenas alcanzan para el mercado familiar. El trabajo no solo le ha robado la infancia; le ha dejado un dolor crónico en la espalda y el riesgo inminente de una enfermedad respiratoria. Sueña con ser maestro, pero con los brazos siempre cansados y el cuerpo adolorido, la escuela se siente como una posibilidad lejana, enterrada bajo el mismo carbón que carga a diario.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Peso del Carbón en Boyacá

### Juan, 12 años – Boyacá, Zona Minera

**Juan** vive en una zona rural de **Boyacá** donde la tradición de la minería de carbón es más fuerte que la promesa de la escuela. A sus **12 años**, su cuerpo ya conoce el dolor del esfuerzo físico extremo.

Su jornada comienza mucho antes del amanecer, descendiendo a la boca del **socavón**, una mina artesanal e informal. Su padre, un minero de toda la vida, cree que es mejor tenerlo cerca que dejarlo "sin hacer nada" en casa, una justificación cultural común para la explotación. El trabajo de Juan es el de un "volantón": acarrea bultos de carbón o ayuda a instalar los soportes de madera.

Dentro de la mina, el aire es denso y frío. Las partículas de carbón flotan, cubriendo su rostro y penetrando sus pulmones. Está expuesto a gases tóxicos, a la amenaza constante de un derrumbe y a la oscuridad total, solo interrumpida por la luz de su linterna. Una vez, un trozo de roca cayó muy cerca, dejándolo con un profundo temor que aún no logra verbalizar.

A su edad, debería estar en el aula aprendiendo matemáticas o historia, pero en lugar de eso, está calculando cuántos bultos de carbón necesita sacar para ganar el equivalente a unos pocos dólares que apenas alcanzan para el mercado familiar. El trabajo no solo le ha robado la infancia; le ha dejado un dolor crónico en la espalda y el riesgo inminente de una enfermedad respiratoria. Sueña con ser maestro, pero con los brazos siempre cansados y el cuerpo adolorido, la escuela se siente como una posibilidad lejana, enterrada bajo el mismo carbón que carga a diario.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Peso del Carbón en Boyacá

### Juan, 12 años – Boyacá, Zona Minera

**Juan** vive en una zona rural de **Boyacá** donde la tradición de la minería de carbón es más fuerte que la promesa de la escuela. A sus **12 años**, su cuerpo ya conoce el dolor del esfuerzo físico extremo.

Su jornada comienza mucho antes del amanecer, descendiendo a la boca del **socavón**, una mina artesanal e informal. Su padre, un minero de toda la vida, cree que es mejor tenerlo cerca que dejarlo "sin hacer nada" en casa, una justificación cultural común para la explotación. El trabajo de Juan es el de un "volantón": acarrea bultos de carbón o ayuda a instalar los soportes de madera.

Dentro de la mina, el aire es denso y frío. Las partículas de carbón flotan, cubriendo su rostro y penetrando sus pulmones. Está expuesto a gases tóxicos, a la amenaza constante de un derrumbe y a la oscuridad total, solo interrumpida por la luz de su linterna. Una vez, un trozo de roca cayó muy cerca, dejándolo con un profundo temor que aún no logra verbalizar.

A su edad, debería estar en el aula aprendiendo matemáticas o historia, pero en lugar de eso, está calculando cuántos bultos de carbón necesita sacar para ganar el equivalente a unos pocos dólares que apenas alcanzan para el mercado familiar. El trabajo no solo le ha robado la infancia; le ha dejado un dolor crónico en la espalda y el riesgo inminente de una enfermedad respiratoria. Sueña con ser maestro, pero con los brazos siempre cansados y el cuerpo adolorido, la escuela se siente como una posibilidad lejana, enterrada bajo el mismo carbón que carga a diario.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Peso del Carbón en Boyacá

### Juan, 12 años – Boyacá, Zona Minera

**Juan** vive en una zona rural de **Boyacá** donde la tradición de la minería de carbón es más fuerte que la promesa de la escuela. A sus **12 años**, su cuerpo ya conoce el dolor del esfuerzo físico extremo.

Su jornada comienza mucho antes del amanecer, descendiendo a la boca del **socavón**, una mina artesanal e informal. Su padre, un minero de toda la vida, cree que es mejor tenerlo cerca que dejarlo "sin hacer nada" en casa, una justificación cultural común para la explotación. El trabajo de Juan es el de un "volantón": acarrea bultos de carbón o ayuda a instalar los soportes de madera.

Dentro de la mina, el aire es denso y frío. Las partículas de carbón flotan, cubriendo su rostro y penetrando sus pulmones. Está expuesto a gases tóxicos, a la amenaza constante de un derrumbe y a la oscuridad total, solo interrumpida por la luz de su linterna. Una vez, un trozo de roca cayó muy cerca, dejándolo con un profundo temor que aún no logra verbalizar.

A su edad, debería estar en el aula aprendiendo matemáticas o historia, pero en lugar de eso, está calculando cuántos bultos de carbón necesita sacar para ganar el equivalente a unos pocos dólares que apenas alcanzan para el mercado familiar. El trabajo no solo le ha robado la infancia; le ha dejado un dolor crónico en la espalda y el riesgo inminente de una enfermedad respiratoria. Sueña con ser maestro, pero con los brazos siempre cansados y el cuerpo adolorido, la escuela se siente como una posibilidad lejana, enterrada bajo el mismo carbón que carga a diario.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Peso del Carbón en Boyacá

### Juan, 12 años – Boyacá, Zona Minera

**Juan** vive en una zona rural de **Boyacá** donde la tradición de la minería de carbón es más fuerte que la promesa de la escuela. A sus **12 años**, su cuerpo ya conoce el dolor del esfuerzo físico extremo.

Su jornada comienza mucho antes del amanecer, descendiendo a la boca del **socavón**, una mina artesanal e informal. Su padre, un minero de toda la vida, cree que es mejor tenerlo cerca que dejarlo "sin hacer nada" en casa, una justificación cultural común para la explotación. El trabajo de Juan es el de un "volantón": acarrea bultos de carbón o ayuda a instalar los soportes de madera.

Dentro de la mina, el aire es denso y frío. Las partículas de carbón flotan, cubriendo su rostro y penetrando sus pulmones. Está expuesto a gases tóxicos, a la amenaza constante de un derrumbe y a la oscuridad total, solo interrumpida por la luz de su linterna. Una vez, un trozo de roca cayó muy cerca, dejándolo con un profundo temor que aún no logra verbalizar.

A su edad, debería estar en el aula aprendiendo matemáticas o historia, pero en lugar de eso, está calculando cuántos bultos de carbón necesita sacar para ganar el equivalente a unos pocos dólares que apenas alcanzan para el mercado familiar. El trabajo no solo le ha robado la infancia; le ha dejado un dolor crónico en la espalda y el riesgo inminente de una enfermedad respiratoria. Sueña con ser maestro, pero con los brazos siempre cansados y el cuerpo adolorido, la escuela se siente como una posibilidad lejana, enterrada bajo el mismo carbón que carga a diario.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Peso del Carbón en Boyacá

### Juan, 12 años – Boyacá, Zona Minera

**Juan** vive en una zona rural de **Boyacá** donde la tradición de la minería de carbón es más fuerte que la promesa de la escuela. A sus **12 años**, su cuerpo ya conoce el dolor del esfuerzo físico extremo.

Su jornada comienza mucho antes del amanecer, descendiendo a la boca del **socavón**, una mina artesanal e informal. Su padre, un minero de toda la vida, cree que es mejor tenerlo cerca que dejarlo "sin hacer nada" en casa, una justificación cultural común para la explotación. El trabajo de Juan es el de un "volantón": acarrea bultos de carbón o ayuda a instalar los soportes de madera.

Dentro de la mina, el aire es denso y frío. Las partículas de carbón flotan, cubriendo su rostro y penetrando sus pulmones. Está expuesto a gases tóxicos, a la amenaza constante de un derrumbe y a la oscuridad total, solo interrumpida por la luz de su linterna. Una vez, un trozo de roca cayó muy cerca, dejándolo con un profundo temor que aún no logra verbalizar.

A su edad, debería estar en el aula aprendiendo matemáticas o historia, pero en lugar de eso, está calculando cuántos bultos de carbón necesita sacar para ganar el equivalente a unos pocos dólares que apenas alcanzan para el mercado familiar. El trabajo no solo le ha robado la infancia; le ha dejado un dolor crónico en la espalda y el riesgo inminente de una enfermedad respiratoria. Sueña con ser maestro, pero con los brazos siempre cansados y el cuerpo adolorido, la escuela se siente como una posibilidad lejana, enterrada bajo el mismo carbón que carga a diario.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Peso del Carbón en Boyacá

### Juan, 12 años – Boyacá, Zona Minera

**Juan** vive en una zona rural de **Boyacá** donde la tradición de la minería de carbón es más fuerte que la promesa de la escuela. A sus **12 años**, su cuerpo ya conoce el dolor del esfuerzo físico extremo.

Su jornada comienza mucho antes del amanecer, descendiendo a la boca del **socavón**, una mina artesanal e informal. Su padre, un minero de toda la vida, cree que es mejor tenerlo cerca que dejarlo "sin hacer nada" en casa, una justificación cultural común para la explotación. El trabajo de Juan es el de un "volantón": acarrea bultos de carbón o ayuda a instalar los soportes de madera.

Dentro de la mina, el aire es denso y frío. Las partículas de carbón flotan, cubriendo su rostro y penetrando sus pulmones. Está expuesto a gases tóxicos, a la amenaza constante de un derrumbe y a la oscuridad total, solo interrumpida por la luz de su linterna. Una vez, un trozo de roca cayó muy cerca, dejándolo con un profundo temor que aún no logra verbalizar.

A su edad, debería estar en el aula aprendiendo matemáticas o historia, pero en lugar de eso, está calculando cuántos bultos de carbón necesita sacar para ganar el equivalente a unos pocos dólares que apenas alcanzan para el mercado familiar. El trabajo no solo le ha robado la infancia; le ha dejado un dolor crónico en la espalda y el riesgo inminente de una enfermedad respiratoria. Sueña con ser maestro, pero con los brazos siempre cansados y el cuerpo adolorido, la escuela se siente como una posibilidad lejana, enterrada bajo el mismo carbón que carga a diario.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Peso del Carbón en Boyacá

### Juan, 12 años – Boyacá, Zona Minera

**Juan** vive en una zona rural de **Boyacá** donde la tradición de la minería de carbón es más fuerte que la promesa de la escuela. A sus **12 años**, su cuerpo ya conoce el dolor del esfuerzo físico extremo.

Su jornada comienza mucho antes del amanecer, descendiendo a la boca del **socavón**, una mina artesanal e informal. Su padre, un minero de toda la vida, cree que es mejor tenerlo cerca que dejarlo "sin hacer nada" en casa, una justificación cultural común para la explotación. El trabajo de Juan es el de un "volantón": acarrea bultos de carbón o ayuda a instalar los soportes de madera.

Dentro de la mina, el aire es denso y frío. Las partículas de carbón flotan, cubriendo su rostro y penetrando sus pulmones. Está expuesto a gases tóxicos, a la amenaza constante de un derrumbe y a la oscuridad total, solo interrumpida por la luz de su linterna. Una vez, un trozo de roca cayó muy cerca, dejándolo con un profundo temor que aún no logra verbalizar.

A su edad, debería estar en el aula aprendiendo matemáticas o historia, pero en lugar de eso, está calculando cuántos bultos de carbón necesita sacar para ganar el equivalente a unos pocos dólares que apenas alcanzan para el mercado familiar. El trabajo no solo le ha robado la infancia; le ha dejado un dolor crónico en la espalda y el riesgo inminente de una enfermedad respiratoria. Sueña con ser maestro, pero con los brazos siempre cansados y el cuerpo adolorido, la escuela se siente como una posibilidad lejana, enterrada bajo el mismo carbón que carga a diario.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Peso del Carbón en Boyacá

### Juan, 12 años – Boyacá, Zona Minera

**Juan** vive en una zona rural de **Boyacá** donde la tradición de la minería de carbón es más fuerte que la promesa de la escuela. A sus **12 años**, su cuerpo ya conoce el dolor del esfuerzo físico extremo.

Su jornada comienza mucho antes del amanecer, descendiendo a la boca del **socavón**, una mina artesanal e informal. Su padre, un minero de toda la vida, cree que es mejor tenerlo cerca que dejarlo "sin hacer nada" en casa, una justificación cultural común para la explotación. El trabajo de Juan es el de un "volantón": acarrea bultos de carbón o ayuda a instalar los soportes de madera.

Dentro de la mina, el aire es denso y frío. Las partículas de carbón flotan, cubriendo su rostro y penetrando sus pulmones. Está expuesto a gases tóxicos, a la amenaza constante de un derrumbe y a la oscuridad total, solo interrumpida por la luz de su linterna. Una vez, un trozo de roca cayó muy cerca, dejándolo con un profundo temor que aún no logra verbalizar.

A su edad, debería estar en el aula aprendiendo matemáticas o historia, pero en lugar de eso, está calculando cuántos bultos de carbón necesita sacar para ganar el equivalente a unos pocos dólares que apenas alcanzan para el mercado familiar. El trabajo no solo le ha robado la infancia; le ha dejado un dolor crónico en la espalda y el riesgo inminente de una enfermedad respiratoria. Sueña con ser maestro, pero con los brazos siempre cansados y el cuerpo adolorido, la escuela se siente como una posibilidad lejana, enterrada bajo el mismo carbón que carga a diario.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Peso del Carbón en Boyacá

### Juan, 12 años – Boyacá, Zona Minera

**Juan** vive en una zona rural de **Boyacá** donde la tradición de la minería de carbón es más fuerte que la promesa de la escuela. A sus **12 años**, su cuerpo ya conoce el dolor del esfuerzo físico extremo.

Su jornada comienza mucho antes del amanecer, descendiendo a la boca del **socavón**, una mina artesanal e informal. Su padre, un minero de toda la vida, cree que es mejor tenerlo cerca que dejarlo "sin hacer nada" en casa, una justificación cultural común para la explotación. El trabajo de Juan es el de un "volantón": acarrea bultos de carbón o ayuda a instalar los soportes de madera.

Dentro de la mina, el aire es denso y frío. Las partículas de carbón flotan, cubriendo su rostro y penetrando sus pulmones. Está expuesto a gases tóxicos, a la amenaza constante de un derrumbe y a la oscuridad total, solo interrumpida por la luz de su linterna. Una vez, un trozo de roca cayó muy cerca, dejándolo con un profundo temor que aún no logra verbalizar.

A su edad, debería estar en el aula aprendiendo matemáticas o historia, pero en lugar de eso, está calculando cuántos bultos de carbón necesita sacar para ganar el equivalente a unos pocos dólares que apenas alcanzan para el mercado familiar. El trabajo no solo le ha robado la infancia; le ha dejado un dolor crónico en la espalda y el riesgo inminente de una enfermedad respiratoria. Sueña con ser maestro, pero con los brazos siempre cansados y el cuerpo adolorido, la escuela se siente como una posibilidad lejana, enterrada bajo el mismo carbón que carga a diario.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Peso del Carbón en Boyacá

### Juan, 12 años – Boyacá, Zona Minera

**Juan** vive en una zona rural de **Boyacá** donde la tradición de la minería de carbón es más fuerte que la promesa de la escuela. A sus **12 años**, su cuerpo ya conoce el dolor del esfuerzo físico extremo.

Su jornada comienza mucho antes del amanecer, descendiendo a la boca del **socavón**, una mina artesanal e informal. Su padre, un minero de toda la vida, cree que es mejor tenerlo cerca que dejarlo "sin hacer nada" en casa, una justificación cultural común para la explotación. El trabajo de Juan es el de un "volantón": acarrea bultos de carbón o ayuda a instalar los soportes de madera.

Dentro de la mina, el aire es denso y frío. Las partículas de carbón flotan, cubriendo su rostro y penetrando sus pulmones. Está expuesto a gases tóxicos, a la amenaza constante de un derrumbe y a la oscuridad total, solo interrumpida por la luz de su linterna. Una vez, un trozo de roca cayó muy cerca, dejándolo con un profundo temor que aún no logra verbalizar.

A su edad, debería estar en el aula aprendiendo matemáticas o historia, pero en lugar de eso, está calculando cuántos bultos de carbón necesita sacar para ganar el equivalente a unos pocos dólares que apenas alcanzan para el mercado familiar. El trabajo no solo le ha robado la infancia; le ha dejado un dolor crónico en la espalda y el riesgo inminente de una enfermedad respiratoria. Sueña con ser maestro, pero con los brazos siempre cansados y el cuerpo adolorido, la escuela se siente como una posibilidad lejana, enterrada bajo el mismo carbón que carga a diario.

## PREVENCION DEL TRABAJO INFANTIL

### El Viento Helado de los Semáforos en Bogotá

### María, 9 años – Bogotá, Localidad de Kennedy

**María** tiene **9 años** y vive en una zona vulnerable al sur de **Bogotá**, cerca de la localidad de **Kennedy**. Su "oficina" es el cruce de un semáforo concurrido, un lugar de ruido, smog y la indiferencia de los conductores.

Cada tarde, después de salir de una escuela a la que asiste de forma intermitente, su madre la lleva al semáforo para "ayudar" con el sustento, vendiendo dulces o limpiando parabrisas. María sabe que cada moneda que gana es esencial para la cena de sus dos hermanos menores.

Su trabajo no es solo vender. Es soportar el viento helado de la tarde bogotana, el temor a los motorizados y la humillación de los rechazos. Ella se acerca a las ventanas de los carros, ofreciendo con una voz suave paquetes de chicles. La mayoría la ignora; otros, le cierran el vidrio de forma brusca. Los días más duros, cuando la lluvia empapa su ropa delgada, siente un nudo en el estómago que no es de hambre, sino de tristeza.

A diferencia de otros niños de su edad, no puede pasar las tardes jugando o haciendo tareas. Su mente está ocupada en calcular cuántas ventas necesita para evitar el regaño de su madre o para asegurarse un plato de comida. El semáforo es un lugar de alto riesgo, donde está expuesta no solo al tráfico sino también a la vigilancia de adultos que la explotan. María anhela tener un pupitre seguro y la tranquilidad de una tarde libre, donde los únicos movimientos que tenga que hacer sean los de un juego, y no los de esquivar carros.