600

EJE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.

Cra. 10 No. 13-92, calle Iván Quintero - Pueblo Nuevo - Córdoba
(754) 7653753 3103529801 - 3103529802
http://www.esecamu-pueblonuevo-cordoba.gov.co
contactenos@esecamu-pueblonuevo-cordoba.gov.co

¡Comprometidos con tu Salud!

Actividad

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 reactivos a la IPS primaria para captación de los casos resguardando la confidencialidad. Mínimo 20 personas

602

ZONA RURAL

Cra. 10 No. 13-92, calle Iván Quintero - Pueblo Nuevo - Córdoba
(754) 7653753 3103529801 - 3103529802
http://www.esecamu-pueblonuevo-cordoba.gov.co
contactenos@esecamu-pueblonuevo-cordoba.gov.co

¡Comprometidos con tu Salud!

603

Actividad

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 reactivos a la IPS primaria para captación de los casos resguardando la confidencialidad. Mínimo 20 personas

Objetivo de la actividad:

Realizar tamizajes con pruebas rápidas para la detección de posibles casos positivos para VIH y sífilis, brindando asesorías pre y post prueba, con enfoque preventivo a través de la entrega de preservativos a cada participante.

N°	FECHA DE REALIZACIÓN:	LUGAR (BARRIO, VEREDA O SITIO)	HORA
1	02 DE JUNIO DE 2025	IGLESIA PRINCIPAL EL POBLADO	2:00 PM – 6:00 PM

- ✓ **CONSOLIDACIÓN:**

Actividad: 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 reactivos a la IPS primaria para captación de los casos resguardando la confidencialidad. Mínimo 20 personas

Participantes Totales: 20		
Hombres	**Mujeres**	**Municipio**
8	12	PUEBLO NUEVO

- ✓ **POBLACIÓN BENEFICIARIA:** PERSONAS ENTRE 15 Y 60 AÑOS DE EDAD

- ✓ **COMO SE CONVOCO LA POBLACIÓN:** Se realizo convocatoria por medio de lideres comunitarios.

- ✓ **DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:** Se realizo concertación con lideres comunitarios del micro territorio priorizado para ejecutar esta actividad. La actividad se desarrolló a través de socialización de la actividad con los asistentes, asesorías pre y post test, toma de muestras en sangre para la realización de las pruebas rápidas para VIH y sífilis, donde se reunieron hombres y mujeres de diferentes grupos etareos pertenecientes al micro territorio de EL POBLADO. La actividad comenzó con una bienvenida y presentación de los participantes para fomentar la confianza. Luego, se presentaron los temas clave sobre VIH y sífilis, se continuo con la realización de las pruebas rápidas, presentando a cada persona el resultado, no se

presentaron casos positivos por lo que no hubo necesidad de canalizar usuarios a las IPS de atención primaria.

- ✓ **MATERIALES Y MÉTODOS UTILIZADOS:** pruebas rápidas para VIH y sífilis, guantes, lancetas, algodón, alcohol, formatos de firmas, formatos de reporte de resultados.

- ✓ **LOGROS/RESULTADOS DE APRENDIZAJE:** se logró crear conciencia de la importancia y los impactos de estas enfermedades en la salud pública y se incentivó a los participantes replicar los conocimientos con personas cercanas para que hagan uso de los diferentes programas que ofrecen las IPS de atención primaria.

- ✓ **DIFICULTADES:** Las personas presentan algunas reservas con la realización de este tipo de pruebas, aún existe temor por la posibilidad de dar un reporte positivo y sentirse discriminados por la sociedad, fue complicado convencer a las personas captadas de realizarse las pruebas.

- ✓ **CONTENIDO TEMÁTICO:**

1. **Alcance de las pruebas rápidas para VIH, sífilis y otras ITS.**

Las pruebas rápidas de detección de anticuerpos de VIH, son presuntivas y facilitan la detección temprana de casos probables de infección. Cuando se utilizan en casos de violencia sexual dentro de las 72 horas de ocurrido el evento de violencia, son esenciales para descartar infección previa antes de decidir suministrar profilaxis post exposición.
En todos los casos, ante la reactividad de una prueba rápida inicial, se deberá remitir a los laboratorios clínicos para su respectivo diagnóstico y confirmación del mismo conforme a los algoritmos vigentes, mediante técnicas de laboratorio habituales.
Las pruebas rápidas para sífilis, siendo treponémicas, confirman la infección por sífilis y su reactividad exige en todos los casos la realización de una prueba no treponémica que verifique la efectividad del tratamiento antibiótico instaurado.
La detección precoz de las infecciones de transmisión sexual tiene un impacto favorable en la prevención de la transmisión de las mismas. En el caso particular del VIH y la sífilis, el diagnóstico temprano mejora la oportunidad en la intervención y tratamiento de las personas infectadas. Por esta razón, dentro de las estrategias del país para el abordaje y manejo del VIH y la sífilis, está eliminar las barreras de acceso al diagnóstico oportuno mediante la implementación y uso de pruebas rápidas.

Entrega de resultados de las pruebas rápidas:
Teniendo en cuenta las características operativas de las pruebas rápidas para sífilis y VIH (tiempo de ejecución y lectura menor a 1 hora), estos resultados deberán ser informados a los usuarios el mismo día de su realización.
La entrega de los resultados reactivos o no reactivos de la prueba del VIH se debe acompañar de la asesoría post prueba. Ante un resultado reactivo de la misma, los profesionales de la salud, incluyendo personal auxiliar de enfermería autorizado mediante la presente resolución, deberá tomar en ese mismo momento una segunda muestra de sangre, la cual, será remitida para realizar una segunda prueba presuntiva y para la realización de la prueba confirmatoria en caso de ser necesario.

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud · Gobernación de Córdoba	**ACTA DE CONCERTACIÓN** **CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-003-2025**	ESE CAMU PUEBLO NUEVO

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 26 del mes Mayo del año 2025, se reunieron Yainis Guevara Benitez, representante de la **ESE CAMU PUEBLO NUEVO** y Alberto Moreno Contreras., representante de JAC De El Poblado. de la zona Rural del municipio de Pueblo Nuevo, con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el contrato interadministrativo N°**SS-003-2025,** celebrado entre la ESE CAMU PUEBLO NUEVO y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Jornada de tamizaje para ITS (VIH, Sifilis) con enfoque preventivo a personas entre 15 y 60 años de edad. Asesoría pre y post prueba y entrega de 5 preservativos.
Eje/Dimensión	Atención primaria en salud
Fecha propuesta	2 de Junio 2025
Necesidad de apoyo logístico	Pruebas rapidas para VIH y Sifilis, lancetas, algodón, alcohol, Bata, consentimientos informados, formatos reporte.
Necesidad de talento humano	Médico, enfermera, Auxiliar de enfermeria.
Observaciones	

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

Nombre:	Alberto Moreno	Nombre:	Yainis Guevara B.
Cedula de ciudadanía:	78726525	Cedula de ciudadanía:	50947068
Entidad:	JAC	Entidad:	Camu Pueblo Nuevo
Numero de contacto	3232930703	Numero de contacto	3007145010
Firma:		Firma:	

606

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: Iglesia Central El Poblado	Hora de Inicio: 2:00 p.m.
Fecha: 02-06-2025	Hora de Finalización: 6:00 p.m.

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar tamizajes con pruebas rápidas para detectar posibles casos positivos para VIH y sífilis, brindando asesoría pre y post prueba, con enfoque preventivo a través de la entrega de preservativos.

Desarrollo de la Reunión

* Saludo y Bienvenida.
* Socialización con los asistentes sobre qué trata la actividad y cómo participar de la misma
* Realización de pruebas rápidas para VIH y Sífilis, con asesoría pre y post test, entrega de Preservativos a cada participante.
* Refrigerio y despedida.

Conclusiones

Aunque existen muchos avances y publicaciones de los avances en medicina para el VIH y la sífilis, aún existe mucha resistencia en las personas para tomarse o realizarse este tipo de pruebas.

Recomendaciones

Continuar realizando éste tipo de actividades para la detección de casos Nuevos.

Responsables de la Actividad

Yairis Guevara
Oscar Cabrales

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-003-2025

pic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atención primaria en salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Tamizaje para ITS (VIH y sífilis) con enfoque preventivo a personas entre 15 y 60 años de edad

DIA:	02	MES:	Junio	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Iglesia central El Pablado	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	Alberto Julio Moreno	CC	78726 523	323298 3003	52	M	H								X	X			X						
2	Elkin Pacheco Perez	C.C	11 106660	302417 2161	41	M	H						X			X					X				
3	Franklin Guzman	CC	1042580 857	324310 4746	19	M	H			X						X				X					
4	Juan Arrieta Villalba	CC	1067291 712	324310 4746	30	M	H			X						X				X					
5	Nuvis villalba estrada	CC.	45758 048	324310 4746	55	F	M			X						X						X			
6	Rosaura Pacheco Restrepo	C.C	1067282 728	304645 2599	20	F	M								X	X				X					
7	Luz Pertuz Atencio	C.C	1067971 644	321719 9020	27	F	M								X		X		X						
8	Neneidis ortiz Florez	C.	1003359 565	32156166 63	31	F	M			X						X				X					
9	Lina Alvarez Blanco	CC	1003361960	321624 2907	29	F	M								X	X				X					
10	Enairo Pertuz Ramos	CC.	78727018	32171970 20	50	M	H								X	X			X						

ESE CAMU PUEBLO NUEVO	**ORMATO DE ASISTENCIA**	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud — GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-003-2025	

REVERSO DE LA HOJA: COLOCAR LA HUELLA DE ACUERDO AL NÚMERO DEL **CONSECUTIVO** DEL ASISTENTE QUE NO FIRME:

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-003-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atención primaria en salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Tamizaje para ITS (VIH y Sífilis) con enfoque preventivo a personas entre 15 y 60 años de edad

DIA:	02	MES:	Junio	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Iglesia central El poblado	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 Somoyal	C.C.	26066697	3234086473	45	F	M								X	X				X					Adriana Somoyal
2	Estrella Romero Guerrero	T I	1067296363	300 171 1501	16	F	M								X	X				X					Estrella Romero
3	Dunes del carmen Rodriguez	CC	1.067956067	3108728776	37	F	M								X	X			X						Duney Rodriguez
4	Darys Ortiz Portoz	CC	43694403	3007809936	52	F	M								X	X				X					Darys Ortiz
5	Delcira Chima	CC	50853709	3205745324	59	F	M								X	X				X					Delcira Chima
6	Lucia Rivera Torres	CC	1003359204	3135827333	36	F	M								✓	X			X						Lucia Rivera
7	Yesenia Villegas	CC	1066735302	3213065188	33	F	M								X	✓			X	·					Yesenia Villegas
8	Pedro Luis Amieta Sierra	CC	1067285941	3235243354	35	M	H								X	X			X						Pedro Amieta
9	Luis Meza V.	CC	1067280036		31	M	H								X	X			X						Luis Meza
10	Santiago Cogollo	CC	10892423		63	M	H								X	X			X						Santiago C.

ESE CAMU PUEBLO NUEVO	**FORMATO DE ASISTENCIA**	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud — GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-003-2025	

REVERSO DE LA HOJA: COLOCAR LA HUELLA DE ACUERDO AL NÚMERO DEL **CONSECUTIVO** DEL ASISTENTE QUE NO FIRME:

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

Cra. 10 No. 13-92, calle Iván Quintero - Pueblo Nuevo - Córdoba
(754) 7653753 3103529801 - 3103529802
http://www.esecamu-pueblonuevo-cordoba.gov.co
contactenos@esecamu-pueblonuevo-cordoba.gov.co

¡Comprometidos con tu Salud!

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

PIC Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

610

FORMATO DE REMISIÓN DE PRUEBAS CON LA INCLUSIÓN DE SIFILIS Y VIH:

Formato de Remisión de Pruebas

Información del Paciente
- Nombre: Alberto Moreno Contreras
- Edad: 52 años
- Sexo: Masculino.
- Fecha de nacimiento: 9-02-1973.

Pruebas a Realizar

- VIH (ELISA, Western Blot)
- Sífilis (RPR, FTA-ABS)

Indicaciones

- Evaluación de riesgo de infección
- Sospecha de infección
- Seguimiento de tratamiento
- Otros (especificar): _____

Resultado de las Pruebas

- **VIH:**
  - **ELISA:** _____
  - **Western Blot:** _____
- **Sífilis:**
  - **RPR:** _____
  - **FTA-ABS:** _____

Interpretación de los Resultados

- **VIH:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X
- **Sífilis:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

Recomendaciones
- Realizar seguimiento de tratamiento si es necesario
- Realizar pruebas adicionales si es necesario
- Educación sobre prevención y transmisión de enfermedades
- Otros (especificar): _____

Firma del profesional _____
Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C.1064788570 - RM 238.17

Fecha: 02 JUN 2025

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

APLICACIÓN DE LA PRUEBA RÁPIDA DE VIH Y SÍFILIS

Yo, Alberto J. Moreno, con identificación 78726525, estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis, He recibido información clara y completa sobre la prueba, incluyendo:

- El propósito de la prueba
- Los beneficios y riesgos de la prueba
- Los resultados posibles y su interpretación
- El proceso de toma de muestra y el tiempo de duración de la prueba
- La confidencialidad y el manejo de los resultados

Entiendo que:

- La prueba es voluntaria y puedo negarme a ella en cualquier momento
- Los resultados serán confidenciales y no serán compartidos sin mi consentimiento
- Si los resultados son positivos, recibiré orientación y apoyo para el seguimiento y tratamiento adecuado

Firmo este consentimiento informado para indicar que estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis.

Firma: _____

Fecha: 08-08-2025

Firma del profesional de la salud: Oscar Cabrales Dajil Medico General C.C.1064788570 - RM 238.17

Fecha: 2 junio 2025

612

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

PIC Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

FORMATO DE REMISIÓN DE PRUEBAS CON LA INCLUSIÓN DE SIFILIS Y VIH:

Formato de Remisión de Pruebas

Información del Paciente
- Nombre: Elkin Pacheco
- Edad: 40 años
- Sexo: Masculino
- Fecha de nacimiento: 14-Mayo-1985.

Pruebas a Realizar

- VIH (ELISA, Western Blot)
- Sífilis (RPR, FTA-ABS)

Indicaciones

- Evaluación de riesgo de infección
- Sospecha de infección
- Seguimiento de tratamiento
- Otros (especificar): _____

Resultado de las Pruebas

- **VIH:**
  - **ELISA:** _____
  - **Western Blot:** _____

- **Sífilis:**
  - **RPR:** _____
  - **FTA-ABS:** _____

Interpretación de los Resultados

- **VIH:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

- **Sífilis:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

Recomendaciones
- Realizar seguimiento de tratamiento si es necesario
- Realizar pruebas adicionales si es necesario
- Educación sobre prevención y transmisión de enfermedades
- Otros (especificar): _____

Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C.1064788570 - RM 238.17

Firma del profesional _____
Fecha: 2 Jun 2025

613

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

APLICACIÓN DE LA PRUEBA RÁPIDA DE VIH Y SÍFILIS

Yo, Elkin Pacheco, con identificación 11106660, estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis, He recibido información clara y completa sobre la prueba, incluyendo:

- El propósito de la prueba
- Los beneficios y riesgos de la prueba
- Los resultados posibles y su interpretación
- El proceso de toma de muestra y el tiempo de duración de la prueba
- La confidencialidad y el manejo de los resultados

Entiendo que:

- La prueba es voluntaria y puedo negarme a ella en cualquier momento
- Los resultados serán confidenciales y no serán compartidos sin mi consentimiento
- Si los resultados son positivos, recibiré orientación y apoyo para el seguimiento y tratamiento adecuado

Firmo este consentimiento informado para indicar que estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis.

Firma: Elkin

Fecha: 08-08-2025

Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C.1064788570 - RM 238.17

Firma del profesional de la salud: _____

Fecha: 2 de Jun 2025

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

PIC Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

FORMATO DE REMISIÓN DE PRUEBAS CON LA INCLUSIÓN DE SIFILIS Y VIH:

Formato de Remisión de Pruebas

Información del Paciente
- Nombre: Fransis Guzman villalba
- Edad: 19 años
- Sexo: Masculino
- Fecha de nacimiento: 24 octubre - 2005

Pruebas a Realizar

- VIH (ELISA, Western Blot)
- Sífilis (RPR, FTA-ABS)

Indicaciones

- Evaluación de riesgo de infección
- Sospecha de infección
- Seguimiento de tratamiento
- Otros (especificar): _____

Resultado de las Pruebas

- **VIH:**
  - **ELISA:** _____
  - **Western Blot:** _____

- **Sífilis:**
  - **RPR:** _____
  - **FTA-ABS:** _____

Interpretación de los Resultados

- **VIH:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

- **Sífilis:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

Recomendaciones
- Realizar seguimiento de tratamiento si es necesario
- Realizar pruebas adicionales si es necesario
- Educación sobre prevención y transmisión de enfermedades
- Otros (especificar): _____

Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C.1064788570 - RM 238.17

Firma del profesional _____
Fecha: 2 Jun 2025

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

APLICACIÓN DE LA PRUEBA RÁPIDA DE VIH Y SÍFILIS

Yo, Frakiish Guzaman, con identificación 1.042.580.857, estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis, He recibido información clara y completa sobre la prueba, incluyendo:

- El propósito de la prueba
- Los beneficios y riesgos de la prueba
- Los resultados posibles y su interpretación
- El proceso de toma de muestra y el tiempo de duración de la prueba
- La confidencialidad y el manejo de los resultados

Entiendo que:

- La prueba es voluntaria y puedo negarme a ella en cualquier momento
- Los resultados serán confidenciales y no serán compartidos sin mi consentimiento
- Si los resultados son positivos, recibiré orientación y apoyo para el seguimiento y tratamiento adecuado

Firmo este consentimiento informado para indicar que estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis.

Firma: Frakiish G

Fecha: 02-07-2025

Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C.1064788570 - RM 238.17

Firma del profesional de la salud: _____

Fecha: 2 de Junio 2025

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

PIC Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

616

FORMATO DE REMISIÓN DE PRUEBAS CON LA INCLUSIÓN DE SIFILIS Y VIH:

Formato de Remisión de Pruebas

Información del Paciente
- Nombre: Jenni Amichis Villalba
- Edad: 29 años
- Sexo: Masculino
- Fecha de nacimiento: 13 - Octubre - 1995

Pruebas a Realizar

- VIH (ELISA, Western Blot)
- Sífilis (RPR, FTA-ABS)

Indicaciones

- Evaluación de riesgo de infección
- Sospecha de infección
- Seguimiento de tratamiento
- Otros (especificar): _____

Resultado de las Pruebas

- **VIH:**
  - **ELISA:** _____
  - **Western Blot:** _____

- **Sífilis:**
  - **RPR:** _____
  - **FTA-ABS:** _____

Interpretación de los Resultados

- **VIH:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

- **Sífilis:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

Recomendaciones
- Realizar seguimiento de tratamiento si es necesario
- Realizar pruebas adicionales si es necesario
- Educación sobre prevención y transmisión de enfermedades
- Otros (especificar): _____

Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C.1064788570 - RM 238.17

Firma del profesional _____

Fecha: 2 de Junio 2025

617

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

APLICACIÓN DE LA PRUEBA RÁPIDA DE VIH Y SÍFILIS

Yo, Jean carlos, con identificación 1.067.291.772, estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis, He recibido información clara y completa sobre la prueba, incluyendo:

- El propósito de la prueba
- Los beneficios y riesgos de la prueba
- Los resultados posibles y su interpretación
- El proceso de toma de muestra y el tiempo de duración de la prueba
- La confidencialidad y el manejo de los resultados

Entiendo que:

- La prueba es voluntaria y puedo negarme a ella en cualquier momento
- Los resultados serán confidenciales y no serán compartidos sin mi consentimiento
- Si los resultados son positivos, recibiré orientación y apoyo para el seguimiento y tratamiento adecuado

Firmo este consentimiento informado para indicar que estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis.

Firma: Jean carlos

Fecha: 01-07-2025

Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C.1064788570 - RM 238.17

Firma del profesional de la salud: _____

Fecha: 2 de Junio 2025

619

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

APLICACIÓN DE LA PRUEBA RÁPIDA DE VIH Y SÍFILIS

Yo, Nuvis villalba con identificación 45758042, estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis, He recibido información clara y completa sobre la prueba, incluyendo:

- El propósito de la prueba
- Los beneficios y riesgos de la prueba
- Los resultados posibles y su interpretación
- El proceso de toma de muestra y el tiempo de duración de la prueba
- La confidencialidad y el manejo de los resultados

Entiendo que:

- La prueba es voluntaria y puedo negarme a ella en cualquier momento
- Los resultados serán confidenciales y no serán compartidos sin mi consentimiento
- Si los resultados son positivos, recibiré orientación y apoyo para el seguimiento y tratamiento adecuado

Firmo este consentimiento informado para indicar que estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis.

Firma: Nuvis.villalba

Fecha: 07-07-2025

Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C.1064788570 - RM 238.17

Firma del profesional de la salud: _____

Fecha: 2 de Junio 2025

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

PIC Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

319

FORMATO DE REMISIÓN DE PRUEBAS CON LA INCLUSIÓN DE SIFILIS Y VIH:

Formato de Remisión de Pruebas

Información del Paciente
- Nombre: Nuris Villalba Estrada
- Edad: 55 años
- Sexo: Femenino
- Fecha de nacimiento: 29-enero-1970

Pruebas a Realizar

- VIH (ELISA, Western Blot)
- Sífilis (RPR, FTA-ABS)

Indicaciones

- Evaluación de riesgo de infección
- Sospecha de infección
- Seguimiento de tratamiento
- Otros (especificar): _____

Resultado de las Pruebas

- **VIH:**
  - **ELISA:** _____
  - **Western Blot:** _____

- **Sífilis:**
  - **RPR:** _____
  - **FTA-ABS:** _____

Interpretación de los Resultados

- **VIH:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

- **Sífilis:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

Recomendaciones
- Realizar seguimiento de tratamiento si es necesario
- Realizar pruebas adicionales si es necesario
- Educación sobre prevención y transmisión de enfermedades
- Otros (especificar): _____

Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C 1064788570 - RM 238.17

Firma del profesional _____
Fecha: 2 de Junio 2025

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

APLICACIÓN DE LA PRUEBA RÁPIDA DE VIH Y SÍFILIS

Yo, Rosaura Restrepo Pacheco con identificación 1.067.282.728, estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis, He recibido información clara y completa sobre la prueba, incluyendo:

- El propósito de la prueba
- Los beneficios y riesgos de la prueba
- Los resultados posibles y su interpretación
- El proceso de toma de muestra y el tiempo de duración de la prueba
- La confidencialidad y el manejo de los resultados

Entiendo que:

- La prueba es voluntaria y puedo negarme a ella en cualquier momento
- Los resultados serán confidenciales y no serán compartidos sin mi consentimiento
- Si los resultados son positivos, recibiré orientación y apoyo para el seguimiento y tratamiento adecuado

Firmo este consentimiento informado para indicar que estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis.

Firma: Rosaura Restrepo P.

Fecha: 01-07-2025

Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C 1054788570 - RM 238.17

Firma del profesional de la salud: _____

Fecha: 2 de Junio 2025

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

PIC Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

G21

FORMATO DE REMISIÓN DE PRUEBAS CON LA INCLUSIÓN DE SIFILIS Y VIH:

Formato de Remisión de Pruebas

Información del Paciente
- Nombre: Rosauris Rubio Pacheco
- Edad: 20 años
- Sexo: Femenino
- Fecha de nacimiento: 08-07-2005

Pruebas a Realizar

- VIH (ELISA, Western Blot)
- Sífilis (RPR, FTA-ABS)

Indicaciones

- Evaluación de riesgo de infección
- Sospecha de infección
- Seguimiento de tratamiento
- Otros (especificar): _____

Resultado de las Pruebas

- **VIH:**
  - **ELISA:** _____
  - **Western Blot:** _____

- **Sífilis:**
  - **RPR:** _____
  - **FTA-ABS:** _____

Interpretación de los Resultados

- **VIH:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

- **Sífilis:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

Recomendaciones
- Realizar seguimiento de tratamiento si es necesario
- Realizar pruebas adicionales si es necesario
- Educación sobre prevención y transmisión de enfermedades
- Otros (especificar): _____

Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C. 1064788570 - RM 238.17

Firma del profesional _____
Fecha: 2 de Junio 2025

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

APLICACIÓN DE LA PRUEBA RÁPIDA DE VIH Y SÍFILIS

Yo, Luz Mary Ortiz Atencio con identificación 1067971644, estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis, He recibido información clara y completa sobre la prueba, incluyendo:

- El propósito de la prueba
- Los beneficios y riesgos de la prueba
- Los resultados posibles y su interpretación
- El proceso de toma de muestra y el tiempo de duración de la prueba
- La confidencialidad y el manejo de los resultados

Entiendo que:

- La prueba es voluntaria y puedo negarme a ella en cualquier momento
- Los resultados serán confidenciales y no serán compartidos sin mi consentimiento
- Si los resultados son positivos, recibiré orientación y apoyo para el seguimiento y tratamiento adecuado

Firmo este consentimiento informado para indicar que estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis.

Firma: Luz Mary Ortiz

Fecha: 01-07-2025

Oscar Cabrales Dajil
Medico General
[illegible]98570 - RM 238.17

Firma del profesional de la salud: _____

Fecha: 2 04 Junio 2025

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

PIC Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

FORMATO DE REMISIÓN DE PRUEBAS CON LA INCLUSIÓN DE SIFILIS Y VIH:

Formato de Remisión de Pruebas

Información del Paciente
- Nombre: Luz Perez Atencio
- Edad: 27 años 5
- Sexo: Femenino
- Fecha de nacimiento: 17-octubre-1997

Pruebas a Realizar

- VIH (ELISA, Western Blot)
- Sífilis (RPR, FTA-ABS)

Indicaciones

- Evaluación de riesgo de infección
- Sospecha de infección
- Seguimiento de tratamiento
- Otros (especificar): _____

Resultado de las Pruebas

- **VIH:**
  - **ELISA:** _____
  - **Western Blot:** _____

- **Sífilis:**
  - **RPR:** _____
  - **FTA-ABS:** _____

Interpretación de los Resultados

- **VIH:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

- **Sífilis:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

Recomendaciones
- Realizar seguimiento de tratamiento si es necesario
- Realizar pruebas adicionales si es necesario
- Educación sobre prevención y transmisión de enfermedades
- Otros (especificar): _____

Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C.1064788570 - RM 238.17

Firma del profesional _____
Fecha: 2 Junio 2025

624

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

APLICACIÓN DE LA PRUEBA RÁPIDA DE VIH Y SÍFILIS

Yo, teneidis ortiz, con identificación 1003359565, estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis, He recibido información clara y completa sobre la prueba, incluyendo:

- El propósito de la prueba
- Los beneficios y riesgos de la prueba
- Los resultados posibles y su interpretación
- El proceso de toma de muestra y el tiempo de duración de la prueba
- La confidencialidad y el manejo de los resultados

Entiendo que:

- La prueba es voluntaria y puedo negarme a ella en cualquier momento
- Los resultados serán confidenciales y no serán compartidos sin mi consentimiento
- Si los resultados son positivos, recibiré orientación y apoyo para el seguimiento y tratamiento adecuado

Firmo este consentimiento informado para indicar que estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis.

Firma: teneidis ortiz

Fecha: 07-07-2025

Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C.1064788570 - RM 238.17

Firma del profesional de la salud: _____

Fecha: 2 JUNIO 2025

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

PIC Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

605

FORMATO DE REMISIÓN DE PRUEBAS CON LA INCLUSIÓN DE SIFILIS Y VIH:

Formato de Remisión de Pruebas

Información del Paciente
- Nombre: Lucidis Ortiz
- Edad: 31 años
- Sexo: Femenino
- Fecha de nacimiento: 2-Junio-1994

Pruebas a Realizar

- VIH (ELISA, Western Blot)
- Sífilis (RPR, FTA-ABS)

Indicaciones

- Evaluación de riesgo de infección
- Sospecha de infección
- Seguimiento de tratamiento
- Otros (especificar): _____

Resultado de las Pruebas

- **VIH:**
  - **ELISA:** _____
  - **Western Blot:** _____

- **Sífilis:**
  - **RPR:** _____
  - **FTA-ABS:** _____

Interpretación de los Resultados

- **VIH:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

- **Sífilis:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

Recomendaciones
- Realizar seguimiento de tratamiento si es necesario
- Realizar pruebas adicionales si es necesario
- Educación sobre prevención y transmisión de enfermedades
- Otros (especificar): _____

Oscar Cabrales Bajil
Medico General
C.C.1064788570 - RM 238.17

Firma del profesional _____

Fecha: 2 de junio 2025

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

PIC Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

FORMATO DE REMISIÓN DE PRUEBAS CON LA INCLUSIÓN DE SIFILIS Y VIH:

Formato de Remisión de Pruebas

Información del Paciente
- Nombre: Lina Alvarez
- Edad: 29 años
- Sexo: Femenino
- Fecha de nacimiento: 5-Mayo-1996

Pruebas a Realizar

- VIH (ELISA, Western Blot)
- Sífilis (RPR, FTA-ABS)

Indicaciones

- Evaluación de riesgo de infección
- Sospecha de infección
- Seguimiento de tratamiento
- Otros (especificar): _____

Resultado de las Pruebas

- **VIH:**
  - **ELISA:** _____
  - **Western Blot:** _____

- **Sífilis:**
  - **RPR:** _____
  - **FTA-ABS:** _____

Interpretación de los Resultados

- **VIH:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

- **Sífilis:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

Recomendaciones
- Realizar seguimiento de tratamiento si es necesario
- Realizar pruebas adicionales si es necesario
- Educación sobre prevención y transmisión de enfermedades
- Otros (especificar): _____

Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C.1064788570 - RM 238.17

Firma del profesional _____
Fecha: 2 04 Junio 2025

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

APLICACIÓN DE LA PRUEBA RÁPIDA DE VIH Y SÍFILIS

Yo, Enairo Pertuz, con identificación 78727018, estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis, He recibido información clara y completa sobre la prueba, incluyendo:

- El propósito de la prueba
- Los beneficios y riesgos de la prueba
- Los resultados posibles y su interpretación
- El proceso de toma de muestra y el tiempo de duración de la prueba
- La confidencialidad y el manejo de los resultados

Entiendo que:

- La prueba es voluntaria y puedo negarme a ella en cualquier momento
- Los resultados serán confidenciales y no serán compartidos sin mi consentimiento
- Si los resultados son positivos, recibiré orientación y apoyo para el seguimiento y tratamiento adecuado

Firmo este consentimiento informado para indicar que estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis.

Firma: Enairo Pertuz

Fecha: 01-07-2025

Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C.1064788570 - RM 238.17

Firma del profesional de la salud: _____

Fecha: 2 de Junio 2025

629

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

PIC Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

FORMATO DE REMISIÓN DE PRUEBAS CON LA INCLUSIÓN DE SIFILIS Y VIH:

Formato de Remisión de Pruebas

Información del Paciente
- Nombre: Engiro Perez Ramos
- Edad: 50 años
- Sexo: Masculino
- Fecha de nacimiento: 12-Noviembre 1974

Pruebas a Realizar

- VIH (ELISA, Western Blot)
- Sífilis (RPR, FTA-ABS)

Indicaciones

- Evaluación de riesgo de infección
- Sospecha de infección
- Seguimiento de tratamiento
- Otros (especificar): _____

Resultado de las Pruebas

- **VIH:**
  - **ELISA:** _____
  - **Western Blot:** _____
- **Sífilis:**
  - **RPR:** _____
  - **FTA-ABS:** _____

Interpretación de los Resultados

- **VIH:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X
- **Sífilis:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

Recomendaciones
- Realizar seguimiento de tratamiento si es necesario
- Realizar pruebas adicionales si es necesario
- Educación sobre prevención y transmisión de enfermedades
- Otros (especificar): _____

Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C.1064788570 - RM 238.17

Firma del profesional _____
Fecha: 25 Junio 2025

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

APLICACIÓN DE LA PRUEBA RÁPIDA DE VIH Y SÍFILIS

Yo, Linamar Celia Alvarez, con identificación 1003367966, estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis, He recibido información clara y completa sobre la prueba, incluyendo:

- El propósito de la prueba
- Los beneficios y riesgos de la prueba
- Los resultados posibles y su interpretación
- El proceso de toma de muestra y el tiempo de duración de la prueba
- La confidencialidad y el manejo de los resultados

Entiendo que:

- La prueba es voluntaria y puedo negarme a ella en cualquier momento
- Los resultados serán confidenciales y no serán compartidos sin mi consentimiento
- Si los resultados son positivos, recibiré orientación y apoyo para el seguimiento y tratamiento adecuado

Firmo este consentimiento informado para indicar que estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis.

Firma: Lina Alvarez

Fecha: 01-07-205

Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C.1064788570 - RM 238.17

Firma del profesional de la salud: _____

Fecha: 2 de Julio 2025

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

APLICACIÓN DE LA PRUEBA RÁPIDA DE VIH Y SÍFILIS

Yo, Adan Somoza, con identificación 6066692, estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis, He recibido información clara y completa sobre la prueba, incluyendo:

- El propósito de la prueba
- Los beneficios y riesgos de la prueba
- Los resultados posibles y su interpretación
- El proceso de toma de muestra y el tiempo de duración de la prueba
- La confidencialidad y el manejo de los resultados

Entiendo que:

- La prueba es voluntaria y puedo negarme a ella en cualquier momento
- Los resultados serán confidenciales y no serán compartidos sin mi consentimiento
- Si los resultados son positivos, recibiré orientación y apoyo para el seguimiento y tratamiento adecuado

Firmo este consentimiento informado para indicar que estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis.

Firma: Adan Somoza

Fecha: 02-07-2025

Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C.1064788570 - RM 238.17

Firma del profesional de la salud: _____

Fecha: 2 de JUNIO 2025

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

PIC Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

631

FORMATO DE REMISIÓN DE PRUEBAS CON LA INCLUSIÓN DE SIFILIS Y VIH:

Formato de Remisión de Pruebas

Información del Paciente
- Nombre: Adonnis Somoyal.
- Edad: 45 años =
- Sexo: Femenino
- Fecha de nacimiento: 31-Mayo-1980.

Pruebas a Realizar

- VIH (ELISA, Western Blot)
- Sífilis (RPR, FTA-ABS)

Indicaciones

- Evaluación de riesgo de infección
- Sospecha de infección
- Seguimiento de tratamiento
- Otros (especificar): _____

Resultado de las Pruebas

- **VIH:**
  - **ELISA:** _____
  - **Western Blot:** _____

- **Sífilis:**
  - **RPR:** _____
  - **FTA-ABS:** _____

Interpretación de los Resultados

- **VIH:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

- **Sífilis:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

Recomendaciones
- Realizar seguimiento de tratamiento si es necesario
- Realizar pruebas adicionales si es necesario
- Educación sobre prevención y transmisión de enfermedades
- Otros (especificar): _____

Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C.1064788570 - RM 238.17

Firma del profesional _____
Fecha: 2 Junio 2025

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

APLICACIÓN DE LA PRUEBA RÁPIDA DE VIH Y SÍFILIS

Yo, Estrella marina Romero con identificación 1067.296.363, estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis, He recibido información clara y completa sobre la prueba, incluyendo:

- El propósito de la prueba
- Los beneficios y riesgos de la prueba
- Los resultados posibles y su interpretación
- El proceso de toma de muestra y el tiempo de duración de la prueba
- La confidencialidad y el manejo de los resultados

Entiendo que:

- La prueba es voluntaria y puedo negarme a ella en cualquier momento
- Los resultados serán confidenciales y no serán compartidos sin mi consentimiento
- Si los resultados son positivos, recibiré orientación y apoyo para el seguimiento y tratamiento adecuado

Firmo este consentimiento informado para indicar que estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis.

Firma: Estrella Romero

Fecha: 01-07-2025

Firma del profesional de la salud: Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C.1064788570 - RM 238.17

Fecha: 2 Junio 2025

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

PIC Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

633

FORMATO DE REMISIÓN DE PRUEBAS CON LA INCLUSIÓN DE SIFILIS Y VIH:

Formato de Remisión de Pruebas

Información del Paciente
- Nombre: Estrella Marina Romero
- Edad: 15 años
- Sexo: Femenino
- Fecha de nacimiento: 3 Noviembre 2009

Pruebas a Realizar

- VIH (ELISA, Western Blot)
- Sífilis (RPR, FTA-ABS)

Indicaciones

- Evaluación de riesgo de infección
- Sospecha de infección
- Seguimiento de tratamiento
- Otros (especificar): _____

Resultado de las Pruebas

- **VIH:**
  - **ELISA:** _____
  - **Western Blot:** _____

- **Sífilis:**
  - **RPR:** _____
  - **FTA-ABS:** _____

Interpretación de los Resultados

- **VIH:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

- **Sífilis:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

Recomendaciones
- Realizar seguimiento de tratamiento si es necesario
- Realizar pruebas adicionales si es necesario
- Educación sobre prevención y transmisión de enfermedades
- Otros (especificar): _____

Oscar Cabrales Bajil
Medico General
C.C.1064788570 - RM 238.17

Firma del profesional _____

Fecha: 2 M JUNIO 2025

634

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

APLICACIÓN DE LA PRUEBA RÁPIDA DE VIH Y SÍFILIS

Yo, Doney Rodriguez, con identificación 1.027.956.067, estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis, He recibido información clara y completa sobre la prueba, incluyendo:

- El propósito de la prueba
- Los beneficios y riesgos de la prueba
- Los resultados posibles y su interpretación
- El proceso de toma de muestra y el tiempo de duración de la prueba
- La confidencialidad y el manejo de los resultados

Entiendo que:

- La prueba es voluntaria y puedo negarme a ella en cualquier momento
- Los resultados serán confidenciales y no serán compartidos sin mi consentimiento
- Si los resultados son positivos, recibiré orientación y apoyo para el seguimiento y tratamiento adecuado

Firmo este consentimiento informado para indicar que estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis.

Firma: Doney Rodriguez

Fecha: 07-07-2025

Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C.1064788570 - RM 238.17

Firma del profesional de la salud: _____

Fecha: 2 de Junio 2025

635

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

PIC Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

FORMATO DE REMISIÓN DE PRUEBAS CON LA INCLUSIÓN DE SIFILIS Y VIH:

Formato de Remisión de Pruebas

Información del Paciente
- Nombre: Dinex Rodriguez Guzman
- Edad: 37 años
- Sexo: Femenino
- Fecha de nacimiento: 21-02-1988.

Pruebas a Realizar

- VIH (ELISA, Western Blot)
- Sífilis (RPR, FTA-ABS)

Indicaciones

- Evaluación de riesgo de infección
- Sospecha de infección
- Seguimiento de tratamiento
- Otros (especificar): _____

Resultado de las Pruebas

- **VIH:**
  - **ELISA:** _____
  - **Western Blot:** _____

- **Sífilis:**
  - **RPR:** _____
  - **FTA-ABS:** _____

Interpretación de los Resultados

- **VIH:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

- **Sífilis:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

Recomendaciones
- Realizar seguimiento de tratamiento si es necesario
- Realizar pruebas adicionales si es necesario
- Educación sobre prevención y transmisión de enfermedades
- Otros (especificar): _____

Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C.1064788570 - RM 238

Firma del profesional _____

Fecha: 2 de Junio 2025

636

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

APLICACIÓN DE LA PRUEBA RÁPIDA DE VIH Y SÍFILIS

Yo, Dorys Ortiz, con identificación 43 694 403, estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis, He recibido información clara y completa sobre la prueba, incluyendo:

- El propósito de la prueba
- Los beneficios y riesgos de la prueba
- Los resultados posibles y su interpretación
- El proceso de toma de muestra y el tiempo de duración de la prueba
- La confidencialidad y el manejo de los resultados

Entiendo que:

- La prueba es voluntaria y puedo negarme a ella en cualquier momento
- Los resultados serán confidenciales y no serán compartidos sin mi consentimiento
- Si los resultados son positivos, recibiré orientación y apoyo para el seguimiento y tratamiento adecuado

Firmo este consentimiento informado para indicar que estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis.

Firma: Dorys

Fecha: 01-07-2025

Firma del profesional de la salud: Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C.1064788570 - RM 238.17

Fecha: 2 de Junio 2025

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

PIC Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

FORMATO DE REMISIÓN DE PRUEBAS CON LA INCLUSIÓN DE SIFILIS Y VIH:

Formato de Remisión de Pruebas

Información del Paciente
- Nombre: Paris Ortiz.
- Edad: 52 años
- Sexo: Femenino
- Fecha de nacimiento: 9-Marzo-1973.

Pruebas a Realizar

- VIH (ELISA, Western Blot)
- Sífilis (RPR, FTA-ABS)

Indicaciones

- Evaluación de riesgo de infección
- Sospecha de infección
- Seguimiento de tratamiento
- Otros (especificar): _____

Resultado de las Pruebas

- **VIH:**
  - **ELISA:** _____
  - **Western Blot:** _____

- **Sífilis:**
  - **RPR:** _____
  - **FTA-ABS:** _____

Interpretación de los Resultados

- **VIH:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

- **Sífilis:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

Recomendaciones
- Realizar seguimiento de tratamiento si es necesario
- Realizar pruebas adicionales si es necesario
- Educación sobre prevención y transmisión de enfermedades
- Otros (especificar): _____

Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C.1064788570 - RM 238.17

Firma del profesional _____
Fecha: 2 de Junio 2025

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

APLICACIÓN DE LA PRUEBA RÁPIDA DE VIH Y SÍFILIS

Yo, Delcina Chima, con identificación 50853769,
estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis, He recibido información clara y completa sobre la prueba, incluyendo:

- El propósito de la prueba
- Los beneficios y riesgos de la prueba
- Los resultados posibles y su interpretación
- El proceso de toma de muestra y el tiempo de duración de la prueba
- La confidencialidad y el manejo de los resultados

Entiendo que:

- La prueba es voluntaria y puedo negarme a ella en cualquier momento
- Los resultados serán confidenciales y no serán compartidos sin mi consentimiento
- Si los resultados son positivos, recibiré orientación y apoyo para el seguimiento y tratamiento adecuado

Firmo este consentimiento informado para indicar que estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis.

Firma: Delcina Chima

Fecha: 02-07-2025

Firma del profesional de la salud: Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C 1064788570 - RM 238.17

Fecha: 2 de JUNIO 2025

639

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

PIC Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

FORMATO DE REMISIÓN DE PRUEBAS CON LA INCLUSIÓN DE SIFILIS Y VIH:

Formato de Remisión de Pruebas

Información del Paciente
- Nombre: Delcira Chimá
- Edad: 59 años
- Sexo: Femenino
- Fecha de nacimiento: 13-Marzo-1965.

Pruebas a Realizar

- VIH (ELISA, Western Blot)
- Sífilis (RPR, FTA-ABS)

Indicaciones

- Evaluación de riesgo de infección
- Sospecha de infección
- Seguimiento de tratamiento
- Otros (especificar): _____

Resultado de las Pruebas

- **VIH:**
  - **ELISA:** _____
  - **Western Blot:** _____
- **Sífilis:**
  - **RPR:** _____
  - **FTA-ABS:** _____

Interpretación de los Resultados

- **VIH:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X
- **Sífilis:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

Recomendaciones
- Realizar seguimiento de tratamiento si es necesario
- Realizar pruebas adicionales si es necesario
- Educación sobre prevención y transmisión de enfermedades
- Otros (especificar): _____

Firma del profesional Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C.1054788570 - RM 238.17

Fecha: 2 Junio 2023

640

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

APLICACIÓN DE LA PRUEBA RÁPIDA DE VIH Y SÍFILIS

Yo, Lucia Rivera, con identificación 1003359 204, estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis, He recibido información clara y completa sobre la prueba, incluyendo:

- El propósito de la prueba
- Los beneficios y riesgos de la prueba
- Los resultados posibles y su interpretación
- El proceso de toma de muestra y el tiempo de duración de la prueba
- La confidencialidad y el manejo de los resultados

Entiendo que:

- La prueba es voluntaria y puedo negarme a ella en cualquier momento
- Los resultados serán confidenciales y no serán compartidos sin mi consentimiento
- Si los resultados son positivos, recibiré orientación y apoyo para el seguimiento y tratamiento adecuado

Firmo este consentimiento informado para indicar que estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis.

Firma: Lucia Rivera

Fecha: 02-07-2025

Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C.1064788570 - RM 238.17

Firma del profesional de la salud: _____

Fecha: 2 JUNIO 2025

641

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

PIC Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

FORMATO DE REMISIÓN DE PRUEBAS CON LA INCLUSIÓN DE SIFILIS Y VIH:

Formato de Remisión de Pruebas

Información del Paciente
- Nombre: Lucia Rivera Torres.
- Edad: 36 años
- Sexo: Femenino
- Fecha de nacimiento: 25-Octubre-1988.

Pruebas a Realizar

- VIH (ELISA, Western Blot)
- Sífilis (RPR, FTA-ABS)

Indicaciones

- Evaluación de riesgo de infección
- Sospecha de infección
- Seguimiento de tratamiento
- Otros (especificar): _____

Resultado de las Pruebas

- **VIH:**
  - **ELISA:** _____
  - **Western Blot:** _____

- **Sífilis:**
  - **RPR:** _____
  - **FTA-ABS:** _____

Interpretación de los Resultados

- **VIH:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

- **Sífilis:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

Recomendaciones
- Realizar seguimiento de tratamiento si es necesario
- Realizar pruebas adicionales si es necesario
- Educación sobre prevención y transmisión de enfermedades
- Otros (especificar): _____

Oscar Cabrales Daft
Medico General
C.C.1064788570 - RM 238.17

Firma del profesional _____
Fecha: 2 04 JUNIO 2025

342

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

APLICACIÓN DE LA PRUEBA RÁPIDA DE VIH Y SÍFILIS

Yo, Yesenia villegas, con identificación 1066735302,
estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis, He recibido información clara y completa sobre la prueba, incluyendo:

- El propósito de la prueba
- Los beneficios y riesgos de la prueba
- Los resultados posibles y su interpretación
- El proceso de toma de muestra y el tiempo de duración de la prueba
- La confidencialidad y el manejo de los resultados

Entiendo que:

- La prueba es voluntaria y puedo negarme a ella en cualquier momento
- Los resultados serán confidenciales y no serán compartidos sin mi consentimiento
- Si los resultados son positivos, recibiré orientación y apoyo para el seguimiento y tratamiento adecuado

Firmo este consentimiento informado para indicar que estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis.

Firma: Yesenia villegas.

Fecha: 01-07-2025

Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C.1064788570 - RM 238.17

Firma del profesional de la salud: _____

Fecha: 2 de Julio 2025

643

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

PIC Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

FORMATO DE REMISIÓN DE PRUEBAS CON LA INCLUSIÓN DE SIFILIS Y VIH:

Formato de Remisión de Pruebas

Información del Paciente
- Nombre: Yesenia Villegas
- Edad: 35 años
- Sexo: Femenino
- Fecha de nacimiento: 22-12-1990

Pruebas a Realizar

- VIH (ELISA, Western Blot)
- Sífilis (RPR, FTA-ABS)

Indicaciones

- Evaluación de riesgo de infección
- Sospecha de infección
- Seguimiento de tratamiento
- Otros (especificar): _____

Resultado de las Pruebas

- **VIH:**
  - **ELISA:** _____
  - **Western Blot:** _____

- **Sífilis:**
  - **RPR:** _____
  - **FTA-ABS:** _____

Interpretación de los Resultados

- **VIH:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

- **Sífilis:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

Recomendaciones
- Realizar seguimiento de tratamiento si es necesario
- Realizar pruebas adicionales si es necesario
- Educación sobre prevención y transmisión de enfermedades
- Otros (especificar): _____

Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C.1064788570 - RM 238.17

Firma del profesional _____
Fecha: 2 04 JUNIO 2025

644

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

APLICACIÓN DE LA PRUEBA RÁPIDA DE VIH Y SÍFILIS

Yo, Pedro Luis Arrieta Sierra, con identificación 1067285941, estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis, He recibido información clara y completa sobre la prueba, incluyendo:

- El propósito de la prueba
- Los beneficios y riesgos de la prueba
- Los resultados posibles y su interpretación
- El proceso de toma de muestra y el tiempo de duración de la prueba
- La confidencialidad y el manejo de los resultados

Entiendo que:

- La prueba es voluntaria y puedo negarme a ella en cualquier momento
- Los resultados serán confidenciales y no serán compartidos sin mi consentimiento
- Si los resultados son positivos, recibiré orientación y apoyo para el seguimiento y tratamiento adecuado

Firmo este consentimiento informado para indicar que estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis.

Firma: Pedro Arrieta

Fecha: 01-07-2025

Firma del profesional de la salud: Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C.1064788570 - RM 238.17

Fecha: 2 JUNIO 2025

645

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

PIC Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

FORMATO DE REMISIÓN DE PRUEBAS CON LA INCLUSIÓN DE SIFILIS Y VIH:

Formato de Remisión de Pruebas

Información del Paciente
- Nombre: Pedro Anichi Sum
- Edad: _____
- Sexo: Masculino
- Fecha de nacimiento: _____

Pruebas a Realizar

- VIH (ELISA, Western Blot)
- Sífilis (RPR, FTA-ABS)

Indicaciones

- Evaluación de riesgo de infección
- Sospecha de infección
- Seguimiento de tratamiento
- Otros (especificar): _____

Resultado de las Pruebas

- **VIH:**
  - **ELISA:** _____
  - **Western Blot:** _____

- **Sífilis:**
  - **RPR:** _____
  - **FTA-ABS:** _____

Interpretación de los Resultados

- **VIH:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

- **Sífilis:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

Recomendaciones
- Realizar seguimiento de tratamiento si es necesario
- Realizar pruebas adicionales si es necesario
- Educación sobre prevención y transmisión de enfermedades
- Otros (especificar): _____

Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C.1064788570 - RM 238.17

Firma del profesional _____
Fecha: 2 04 JUNIO 2025

646

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

APLICACIÓN DE LA PRUEBA RÁPIDA DE VIH Y SÍFILIS

Yo, Luis C. Meza V, con identificación 1.067280036, estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis, He recibido información clara y completa sobre la prueba, incluyendo:

- El propósito de la prueba
- Los beneficios y riesgos de la prueba
- Los resultados posibles y su interpretación
- El proceso de toma de muestra y el tiempo de duración de la prueba
- La confidencialidad y el manejo de los resultados

Entiendo que:

- La prueba es voluntaria y puedo negarme a ella en cualquier momento
- Los resultados serán confidenciales y no serán compartidos sin mi consentimiento
- Si los resultados son positivos, recibiré orientación y apoyo para el seguimiento y tratamiento adecuado

Firmo este consentimiento informado para indicar que estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis.

Firma: Luis C. Meza V

Fecha: 07-07-2025

Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C.1064788570 - RM 238.17

Firma del profesional de la salud: _____

Fecha: 2 de Junio 2025

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

PIC Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

647

FORMATO DE REMISIÓN DE PRUEBAS CON LA INCLUSIÓN DE SIFILIS Y VIH:

Formato de Remisión de Pruebas

Información del Paciente
- Nombre: Luis Meza
- Edad: 31 años
- Sexo: Masculino
- Fecha de nacimiento: 12-Marzo-1994

Pruebas a Realizar

- VIH (ELISA, Western Blot)
- Sífilis (RPR, FTA-ABS)

Indicaciones

- Evaluación de riesgo de infección
- Sospecha de infección
- Seguimiento de tratamiento
- Otros (especificar): _____

Resultado de las Pruebas

- **VIH:**
  - **ELISA:** _____
  - **Western Blot:** _____

- **Sífilis:**
  - **RPR:** _____
  - **FTA-ABS:** _____

Interpretación de los Resultados

- **VIH:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

- **Sífilis:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

Recomendaciones
- Realizar seguimiento de tratamiento si es necesario
- Realizar pruebas adicionales si es necesario
- Educación sobre prevención y transmisión de enfermedades
- Otros (especificar): _____

Oscar Cabrales Dajil
Medico General
C.C.1064788570 - RM 238.17

Firma del profesional _____
Fecha: 2 de Junio

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

APLICACIÓN DE LA PRUEBA RÁPIDA DE VIH Y SÍFILIS

Yo, Santiago Cobollo con identificación 10892423, estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis, He recibido información clara y completa sobre la prueba, incluyendo:

- El propósito de la prueba
- Los beneficios y riesgos de la prueba
- Los resultados posibles y su interpretación
- El proceso de toma de muestra y el tiempo de duración de la prueba
- La confidencialidad y el manejo de los resultados

Entiendo que:

- La prueba es voluntaria y puedo negarme a ella en cualquier momento
- Los resultados serán confidenciales y no serán compartidos sin mi consentimiento
- Si los resultados son positivos, recibiré orientación y apoyo para el seguimiento y tratamiento adecuado

Firmo este consentimiento informado para indicar que estoy de acuerdo con someterme a la prueba rápida de VIH y sífilis.

Firma: _____

Fecha: 07-07-2025

Firma del profesional de la salud: _____

Oscar Cabrales Dajil
Medico General
CC 1064788570 - RM 238.17

Fecha: 2:04 JUNIO 2025

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

PIC Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

FORMATO DE REMISIÓN DE PRUEBAS CON LA INCLUSIÓN DE SIFILIS Y VIH:

Formato de Remisión de Pruebas

Información del Paciente
- Nombre: Jmty60 Gdlv
- Edad: _____
- Sexo: Masculino
- Fecha de nacimiento: _____

Pruebas a Realizar

- VIH (ELISA, Western Blot)
- Sífilis (RPR, FTA-ABS)

Indicaciones

- Evaluación de riesgo de infección
- Sospecha de infección
- Seguimiento de tratamiento
- Otros (especificar): _____

Resultado de las Pruebas

- **VIH:**
  - **ELISA:** _____
  - **Western Blot:** _____

- **Sífilis:**
  - **RPR:** _____
  - **FTA-ABS:** _____

Interpretación de los Resultados

- **VIH:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

- **Sífilis:**
  - Positivo: _____
  - Negativo: X

Recomendaciones
- Realizar seguimiento de tratamiento si es necesario
- Realizar pruebas adicionales si es necesario
- Educación sobre prevención y transmisión de enfermedades
- Otros (especificar): _____

Oscar Cabrales Dajil
Medico General

Firma del profesional_____
Fecha: 2 M Junio 2025

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

350

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Alberto Moreno, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 78726525, en Representación del JAC El Poblado., certifico que Yairis Judith Guevara Benitez, en representación de la ESE CAMU PUEBLO NUEVO, realizó: Tamizaje para ITS (VIH y Sifilis) con enfoque preventivo a personas entre 15 y 60 años de edad por parte de personal certificado. Se debe garantizar la asesoría pre y post prueba y la entrega de 5 cinco preservativos a las personas., en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Pueblo Nuevo a los 02 días del mes de Junio de 2025.

FIRMA:
CEDULA DE CIUDADANÍA: 78726525
CELULAR: 3232983003

651

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

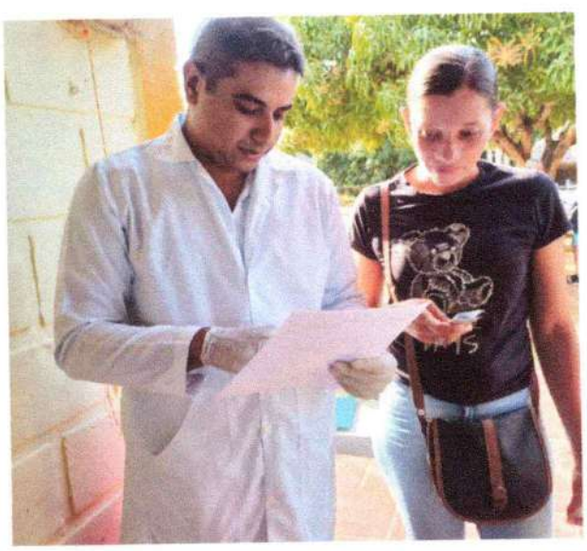
ACTIVIDAD: Jornadas de tamizaje para ITS (VIH y sífilis), con enfoque preventivo a personas entre 15 y 60 años de edad por parte de personal certificado en POCT. Se debe garantizar la asesoría pre y post prueba y la entrega de cinco (05) preservativos a las personas que accedan a las pruebas. se debe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

LUGAR: IGLESIA PRINCIPAL EL POBLADO **FECHA:** 02 DE JUNIO 2025 **HORA:** 2:00 PM-6:00 PM









EJE 1 ATENCION PRIMARIA EN SALUD

ACTIVIDAD

Capacitación en AIEPI comunitario a madres, padres y cuidadores de niños y niñas menores de 5 años, organizaciones de base comunitaria, actores locales, la cual se desarrollará en cuatro talleres de dos horas de duración cada uno donde se socialicen las 18 prácticas clave según su agrupación:

- Para el buen crecimiento y desarrollo físico y mental del niño y la niña
- Para prevenir las enfermedades
- Para los cuidados en el hogar
- Para buscar atención fuera del hogar

Mínimo 20 participantes

653

ZONA URBANA

654

EJE 1 ATENCION PRIMARIA EN SALUD

ACTIVIDAD

Capacitación en AIEPI comunitario a madres, padres y cuidadores de niños y niñas menores de 5 años, organizaciones de base comunitaria, actores locales, la cual se desarrollará en cuatro talleres de dos horas de duración cada uno donde se socialicen las 18 prácticas clave según su agrupación:

- Para el buen crecimiento y desarrollo físico y mental del niño y la niña
- Para prevenir las enfermedades
- Para los cuidados en el hogar
- Para buscar atención fuera del hogar

Mínimo 20 participantes

Objetivo de la actividad:

Capacitación en AIEPI con el objetivo de que padres y cuidadores tengan conocimiento para reducir la mortalidad y morbilidad de los niños menores de cinco años mediante la mejora de la atención integral, incluyendo prácticas saludables en el hogar y la comunidad, La estrategia integra acciones preventivas y curativas para mejorar el crecimiento y desarrollo infantil, y salud general de los niños y sus familias.

CRONOGRAMA
Grupo No.1

N°	FECHA DE REALIZACIÓN:	LUGAR (BARRIO, VEREDA O SITIO)	HORA
1	22 de mayo de 2025	Para el buen crecimiento y desarrollo físico y mental del niño y la niña	7:30 am- 9:30am
2	22 de mayo de 2025	Para prevenir las enfermedades Para los cuidados en el hogar y fuera del hogar	9:45 am -11:45 am
3	23 de mayo de 2025	Para los cuidados en el hogar	1 pm -3 pm
4	23 de mayo de 2025	Para los cuidados fuera del hogar	3:30 pm -5:30 pm

CRONOGRAMA
Grupo No.2

N°	FECHA DE REALIZACIÓN:	LUGAR (BARRIO, VEREDA O SITIO)	HORA
1	23 de mayo de 2025	Para el buen crecimiento y desarrollo físico y mental del niño y la niña	7:30 am- 9:30am
2	23 de mayo de 2025	Para prevenir las enfermedades Para los cuidados en el hogar y fuera del hogar	9:45 am -11:45 am
3	28 de mayo de 2025	Para los cuidados en el hogar	1 pm -3 pm
4	28 de mayo de 2025	Para los cuidados fuera del hogar	3:30 pm -5:30 pm

655

✓ **CONSOLIDACIÓN:** -

Actividad: Capacitación en AIEPI comunitario a madres, padres y cuidadores de niños y niñas menores de 5 años, organizaciones de base comunitaria, actores locales, la cual se desarrollará en cuatro talleres de dos horas de duración cada uno donde se socialicen las 18 prácticas clave según su agrupación: - Para el buen crecimiento y desarrollo físico y mental del niño y la niña - Para prevenir las enfermedades - Para los cuidados en el hogar - Para buscar atención fuera del hogar

Participantes Totales: 40		
Hombres	**Mujeres**	**Municipio**
0	40	Pueblo Nuevo zona Urbana

✓ **POBLACIÓN BENEFICIARIA: cuidadores de niños**, madres de familia de niños menores de cinco años y cuidadores

✓ **COMO SE CONVOCO LA POBLACIÓN:** Se realizo convocatoria por medio de la coordinación del CDI.

✓ **DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:** la metodología utilizada fue muy dinámica se inició con la presentación de los participantes, se inició con la explicación de lo que significa la estrategia de AIEPI y sus beneficios para los niños de nuestra comunidad reduciendo la morbi mortalidad infantil, se utilizó rotafolio, con láminas bien ilustrativas el primer taller fue:

✓ 1. **AIEPI en el desarrollo físico y mental del niño**, en este tema se promueve el crecimiento y desarrollo adecuado de los niños, iniciando con la lactancia materna tuvo una duración de 45 minutos

✓ 2.**AIEPI en la prevención de enfermedades**, luego de la socialización que inicio con la importancia de las vacunas, se compartieron anécdotas por parte de los cuidadores.

✓ 3.**AIEPI en los cuidados del hogar**, luego de la socialización del tema sé compartieron practicas saludables como son los juegos infantiles y la participación de los padres en estas dinámicas de juego aprendizaje para la estimulación infantil

✓ 4.**AIEPI en los cuidados fuera del hogar** se le enseño a los padres que deben saber cuál son los signos de gravedad (no puede tomar, beber o tomar el pecho, vomita todo, tiene convulsiones, dificultad para respirar para el diagnóstico, el tratamiento y la derivación oportuna de las enfermedades prevalentes. Que ameritan atención en servicios como clínicas, consulta externa porque no pueden ser tratados en el hogar.

657

La jornada concluyó con un balance positivo, evidenciándose la participación activa y el interés de los participantes y con el compromiso de multiplicar estos conocimientos con los demás cuidadores y madres y padres de familia

✓ **LOGROS/RESULTADOS DE APRENDIZAJE:**

- El grupo de cuidadores y de madres estuvieron atentos, mostrando interés
- Se mostraron dispuestos a aprender para poder cuidar a sus niños.
- Se expresaron con mucha naturalidad y indagaron sobre dudas al respecto
- Se generaron espacios de recreación y se practicaron algunos juegos infantiles

- **DIFICULTADES:**

- Algunos padres no pudieron asistir por estar laborando
- No todos los cuidadores asistieron

✓ **CONTENIDO TEMÁTICO:**

AIEPI significa Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, una estrategia impulsada por la OMS y UNICEF que busca disminuir la mortalidad y morbilidad en niños menores de cinco años y promover su bienestar general. Se basa en un conjunto de acciones de prevención, promoción y curativas que se aplican tanto en los servicios de salud como en los hogares y comunidades, a través de prácticas clave familiares y el fortalecimiento del personal de salud.

AIEPI pretende promover 18 PRACTICAS CLAVES esenciales para el desarrollo físico y mental del niño (lactancia materna, alimentación complementaria, micronutrientes, desarrollo mental y social), para la prevención de enfermedades (vacunación, higiene, protección contra malaria, VIH/SIDA), para asegurar la atención adecuada en el hogar (alimentación durante enfermedades, tratamiento en el hogar, accidentes, abuso, participación del hombre), y búsqueda de ayuda fuera del hogar (identificación de enfermedades, uso de servicios adecuados, referencia y uso de medicamentos).

CRECIMIENTO Y DESARROLLO FÍSICO Y MENTAL

Crecimiento Físico

- **Lactancia Materna Exclusiva:**

  Se recomienda amamantar al bebé de forma exclusiva durante los primeros cuatro meses y, si es posible, hasta los seis meses de edad.

- **Alimentos Complementarios:**

  A partir de los seis meses, se deben introducir alimentos complementarios, preparados en casa, que sean ricos en calorías y micronutrientes.

658

- **Micronutrientes:**

  Es fundamental ofrecer al niño cantidades adecuadas de micronutrientes, como vitamina A y hierro, ya sea a través de la dieta o de suplementos.

- **Controles de Crecimiento:**
  Asistir a los controles de crecimiento y desarrollo y a la vacunación es importante para recibir suplementos y monitorizar el crecimiento físico del niño.

Desarrollo Mental y Social

- **Respuesta a las Necesidades del Niño:**

  Es vital estimular el desarrollo mental y social del niño respondiendo a sus necesidades de afecto, conversación, juego y estímulos físicos.

- **Entorno Estimulante:**

  Proporcionar un entorno que estimule el desarrollo mental del niño es un componente clave de la estrategia

- **Promoción de prácticas saludables:**

  Fomentar la lactancia materna, la adecuada alimentación complementaria y la buena nutrición.

- **Higiene y saneamiento básico:**

  Enfatizar el lavado de manos, el consumo de agua segura y el manejo de los desechos.

- **Vacunación:**

  Asegurar que los niños reciban todas las vacunas según el esquema establecido.

- **Cuidado durante el embarazo:**

  Brindar controles prenatales, atención y orientación a la mujer gestante.

- **Prevención de enfermedades prevalentes:**

  Tomar medidas para prevenir enfermedades como la diarrea, la malaria y la neumonía.

- **Desarrollo afectivo y emocional:**
  Brindar apoyo emocional a la familia para un desarrollo infantil saludable.

En los niños:

- **Detección de signos de peligro:**

  Evaluar el estado general del niño, como su nivel de actividad y apetito, e identificar síntomas que requieren atención inmediata.

- **Cuidados caseros:**
  Proporcionar atención y cuidados apropiados en el hogar mientras se busca o accede a atención médica.

659

En el sistema de salud:

- **Análisis de la realidad local:**

  Comprender los datos epidemiológicos y los factores socioeconómicos y culturales de la comunidad para planificar intervenciones.

- **Mejora de servicios:**
  Integrar la atención de enfermedades infantiles y maternas en los establecimientos de salud.

PREVENCION DE ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA

Higiene y cuidado personal

- **Lavado de manos:**

  Enseña a los niños a lavarse las manos con frecuencia, especialmente después de ir al baño y antes de comer.

- **Estornudar y toser:**

  Anima a los niños a toser o estornudar en el codo o con un pañuelo para evitar la propagación de gérmenes.

- **No compartir objetos:**
  Evita que los niños compartan artículos personales como peines, cepillos de dientes o utensilios para comer.

Alimentación y nutrición

- **Lactancia materna:**

  Promueve la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y la lactancia complementaria hasta los dos años.

- **Dieta adecuada:**

  Ofrece una dieta balanceada y rica en nutrientes para fortalecer el sistema inmunológico.

- **Suplementación:**
  Considera la suplementación con micronutrientes, como la vitamina A, según las necesidades específicas de cada lugar.

Entorno y hábitos saludables

- **Ambiente limpio y ventilado:** Mantén el hogar libre de polvo, alérgenos y contaminantes, y asegúrate de que los espacios estén bien ventilados.
- **Evitar el humo:** No fumes cerca de los niños y evita ambientes con humo de tabaco.
- **Protección contra cambios de temperatura:** Abriga a los niños de manera razonable y protégelos de cambios bruscos de temperatura.

660

- **Vacunas:**

  Asegúrate de que el niño tenga todas las vacunas al día, ya que muchas protegen contra enfermedades graves.



CUIDADOS DENTRO DEL HOGAR

Higiene y Saneamiento:

- **Lavado de manos:**

  Es fundamental lavarse las manos con agua y jabón antes de preparar alimentos, antes de comer, después de ir al baño y después de cambiar pañales, según remarcan varias fuentes.

- **Ambiente limpio:**

  Mantener un hogar libre de heces, basura y suciedad ayuda a prevenir enfermedades como la diarrea.

- **Agua potable:**
  Asegurarse de que el agua sea apta para el consumo y para preparar alimentos, hirviéndola durante cinco minutos.

Alimentación:

- **Lactancia materna:** Promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad.
- **Alimentación complementaria:** A partir de los seis meses, dar alimentos nutritivos, frescos, de calidad y en cantidad adecuada, junto con la lactancia materna.
- **Micronutrientes:** Fomentar el consumo de alimentos ricos en vitamina A, hierro y zinc, ya sea en la dieta o como suplementos.

Estimulación y Cuidado Emocional:

- **Afecto y juego:** Brindar mucho cariño, conversar, jugar y estimular al niño para promover su desarrollo mental y social.

CUIDADOS FUERA DEL HOGAR

- **Reconocer y actuar ante signos de alarma:**

Es crucial que los padres y cuidadores sepan identificar los signos que requieren atención médica inmediata, tanto para niños como para gestantes, y no posponer la búsqueda de ayuda.

- **Llevar a la consulta y preguntar:**

  Al acudir a la institución de salud, los padres tienen el derecho de hacer todas las preguntas necesarias para entender el cuidado de su hijo y seguir al pie de la letra las indicaciones del personal de salud.

- **Cumplir el tratamiento:**

  Se debe administrar al niño el tratamiento completo según lo prescrito, aun cuando muestre signos de mejoría.

- **Seguir las citas de control:**

  Regresar a la institución de salud en las fechas indicadas para los controles de seguimiento es fundamental, incluso si el niño parece recuperado.

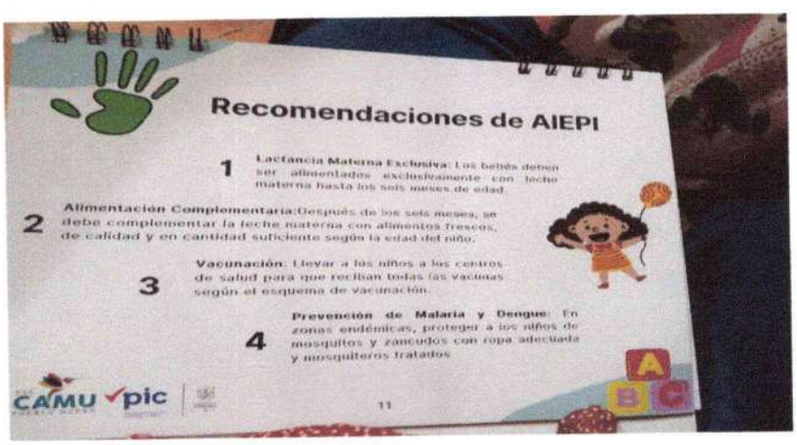
- **Retornar en caso de recaída:**
  Si el niño no mejora o su estado empeora, se debe regresar a la institución de salud para una nueva evaluación.

Atención a la gestante:

- **Asistir a los controles:**

  Es vital que las mujeres embarazadas acudan a sus controles prenatales, reciban sus vacunas y se realicen los exámenes requeridos durante el embarazo.

- **Conocer los signos de peligro:**
  Al igual que en los niños, las gestantes deben recibir educación sobre los signos de alarma que requieren atención médica.



GRUPO No.1

Cra. 10 No. 13-92, calle Iván Quintero - Pueblo Nuevo - Córdoba
(754) 7653753 3103529801 - 3103529802
http://www.esecamu-pueblonuevo-cordoba.gov.co
contactenos@esecamu-pueblonuevo-cordoba.gov.co

¡Comprometidos con tu Salud!

663

JORNADA No.1 grupo 1

Cra. 10 No. 13-92, calle Iván Quintero - Pueblo Nuevo - Córdoba
(754) 7653753 3103529801 - 3103529802
http://www.esecamu-pueblonuevo-cordoba.gov.co
contactenos@esecamu-pueblonuevo-cordoba.gov.co

¡Comprometidos con tu Salud!

664

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 19 del mes Mayo del año 2025, se reunieron Bertha Noriega R, representante de la **ESE CAMU PUEBLO NUEVO** y Erika Diaz canchila, representante de Instituto colombiano Bienestar familiar de la zona Urbana del municipio de Pueblo nuevo, con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el contrato interadministrativo N°**SS-003-2025,** celebrado entre la ESE CAMU PUEBLO NUEVO y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Capacitacion en AIEPI comunitario a madres, Padres y cuidadores de niños menores de cinco años, cuatro talleres de 2 horas c/uno con las 18 practicas claves
Eje/Dimensión	Atencion primaria en Salud
Fecha propuesta	27 de Mayo 2025
Necesidad de apoyo logístico	Rotafolio, material para dinamicas
Necesidad de talento humano	Enfermera
Observaciones	

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

Nombre:	ERIKA Diaz Canchila	Nombre:	Bertha Noriega R
Cedula de ciudadanía:	1003361533	Cedula de ciudadanía:	34984122
Entidad:	Hogares de Bienestar f	Entidad:	Ese camu Pueblo N.
Numero de contacto	3114600867	Numero de contacto	3013201419
Firma:	Erika D.	Firma:	

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

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Biblioteca Municipal	Hora de Inicio: 730 AM
Fecha: 22 DE mayo	Hora de Finalización: 9:30.

Objetivo(s) de la Reunión

Capacitacion en AIEPI comunitario a madres, Padres y cuidadores de niños y ninas menores de cinco años, seran cuatro talleres en los que se estudiaran las 18 practicas claves

Desarrollo de la Reunión

La capacitación se realizo en Hogar de Bienestar donde se agruparon madres y cuidadoras de otros Hogares. se Hizo la presentación, se inicio con el taller Del Desarrollo fisico y mental DE los niños, se continuo con la prevencion de enfermedades, se Hizo un compartir y se continuo con los cuidados de los niños en el Hogar y fuera del Hogar

Conclusiones

Dos talleres se realizaron gracias a la motivacion de madres y cuidadores, se realizaron Juegos Dinamicos.

Recomendaciones

Continuar con el buen manejo DE los niños teniendo en cuenta lo aprendido en cuanto a AIEPI

Responsables de la Actividad

Enfermera

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-003-2025

PIC Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atencion primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: AIEPI comunitario para el buen crecimiento y desarrollo fisico y mental del niño

DIA:	27	MES:	Mayo	AÑO:	25	UBICACIÓN:	CDI Biblioteca 14	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	Kiara Diaz	CC	1066735303	3106591533	34	f	M									X				X			X		Kiara D.
2	Florimenza Lopez	CC	5094848 481	3126122841	45	f	M									X	X		X				X		Flor Maestad
3	Karina Ballesta	CC	26040396	3206063157	43	f	M									.	X		X				X		Karina Ballesta
4	Erika Diaz Candil	CC.	1003361533.	3114600867	35	f	M										X		X				X		Erika Diaz C
5	Yeimis Mercado A.	CC	1067285123	3148285235	37	f	M										X		X				X		Yeimis Mercado
6	Yesmaira Olaya	CC	26066417	3215069675	43	f	M										X						X		Yesmaira O.
7	Catalina Ricardo	CC	50950181	3127713081	44	f	M										X		X				X		
8	Ineldy Perez C	CE	64.564.273	3135175960	54	f	M										X		X				X		Ineldy Perez
9	Delfina Arrieta	CC	50853189	3126966589	58	f	M										X		X				X		
10	Alma Luz Aguirre Martinez	CC	50852575	3205004866	59	f	M										X		X				X		Alma Luz A.

566

ESE CAMU PUEBLO NUEVO	**FORMATO DE ASISTENCIA**	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud — Gobernación de Córdoba
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-003-2025	

REVERSO DE LA HOJA: COLOCAR LA HUELLA DE ACUERDO AL NÚMERO DEL **CONSECUTIVO** DEL ASISTENTE QUE NO FIRME:

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-003-2025

ATEPI

pic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ATEPI Comunitario para el buen crecimiento y desarrollo físico y mental del niño

DIA:	27	MES:	5	AÑO:	25	UBICACIÓN:	Biblioteca Municipal CDI	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	Virleidis Castillo	CE	1003358325	310 464 7294	26	F	M.								X	X				X			X		Virleidis Castillo
2	Milenis Duarte	CE	1067289577	302 469 3946	31	F	M								X		X			X			X		Nhy Inés M.
3	Xiomara Romero	CE	1067286260		18	F	M	X									X			X			X		Xiomara R.
4	Blanca Romero	CC	50949217	312 758 97 83	48	F	M			X					X	X				X			X		Blanca Romero
5	Kelly De hoyos	CC	1003 357 862	310 526 61 64	25	F	M								X	X				X			X		Kelly Hoyos
6	Yuliana Mercado	CC	1003358293	312278 8407	32	F	M								X		X			X			X		Yuliana Mercado
7	Tatiana Ortega	CC	1003360311	3012349 1660	30	F	M	X								X				X			X		Tatiana O.
8	Isani Sevilla	CC	1102852040	314 638 8491	33	F	M								X	X				X			X		Isanis Sevilla
9	Laura Suarez	CC	1067281125	321 894 57 40	21	F	M	X									X			X			X		Laura
10	Valentina Segura	CC	1067283101	313 637 4201	20	F	M								X	X				X			X		Valentina

ESE CAMU PUEBLO NUEVO	**FORMATO DE ASISTENCIA**	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud — GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-003-2025	

REVERSO DE LA HOJA: COLOCAR LA HUELLA DE ACUERDO AL NÚMERO DEL **CONSECUTIVO** DEL ASISTENTE QUE NO FIRME:

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

ESE CAMU PUEBLO NUEVO
NIT.812.001.520-9

EVIDENCIA FOTOGRAFICA
JORNADA No.1 grupo 1

ACTIVIDAD: Capacitación en AIEPI comunitario a madres, padres y cuidadores de niños y niñas menores de 5 años, organizaciones de base comunitaria, actores locales, la cual se desarrollará en cuatro talleres de dos horas de duración cada uno donde se socialicen las 18 prácticas clave según su agrupación:

Lugar:	Biblioteca municipal
Fecha:	22 de mayo de 2025 **HORA:** 7.30 AM – 9.30 AM
Personas Intervenidas:	madres, padres y cuidadores de niños y niñas menores de 5 años, organizaciones de base comunitaria, actores locales









JORNADA No.2 grupo 1

Cra. 10 No. 13-92, calle Iván Quintero - Pueblo Nuevo - Córdoba
(754) 7653753 3103529801 - 3103529802
http://www.esecamu-pueblonuevo-cordoba.gov.co
contactenos@esecamu-pueblonuevo-cordoba.gov.co

¡Comprometidos con tu Salud!

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: Biblioteca Municipal.	Hora de Inicio: 9:45 a.m
Fecha: 22 de Mayo - 2025	Hora de Finalización: 11:45 a.m

Objetivo(s) de la Reunión

Capacitación en AIEPI Comunitaria a madres, Padres y cuidadores de niños y niñas menores de 5 años, serán cuatro talleres en la que se estudiaron las 18 practicas claves

Desarrollo de la Reunión

Se realizo la capacitación en un hogar de bienestar donde se agruparon madres y cuidadores de otros hogares. Se hizo la Presentación, Se inicio con el taller de Prevenir las enfermedades para las cuidados en el hogar y fuera del hogar, los cuales tienen una duración de 2 horas.

Conclusiones

Se realizaron gracias a la motivación de madres y cuidadores, Se realizaron juegos dinamicos.

Recomendaciones

Continuar con el buen manejo de tema en los niños teniendo en cuenta lo aprendido en cuato a AIEPI

Responsables de la Actividad

Enfermera.

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-P4-F6
pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud · Gobernación de Córdoba · ESE CAMU Pueblo Nuevo	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
		FECHA : 12/08/2024
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: Capacitación, Asistencia técnica, Diálogo, Reunión	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
	AIEPI Comunitario Prevencion De Enfermedades		22-05-25	4:45 PM	11:45 AM	Biblioteca

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Yesmaira Olascuaga		M. Comunitario	P/Nuevo	CC	26066417	Pri	43	F	M	H	NO	SPE	CU	3215069673		Yesmaira O.
Milenny Duarte		Ama de casa	P/Nuevo	CC	1067289577	Sec	31	F	M	H	NO	SPE	CU	3024693946		M. Duarte
Xiomara R.		Ama de casa	P/Nuevo	CC	1067728640	Pri	18	F	M	H	NO	SPE	CU	3018523909		Xiom
Isaris Sevilla		Ama de casa	P/nuevo	CC	1102852040	Pri	33	F	M	H	NO	SPE	CU	3146388491		Isaris
Birlettis Castillo		Ama de Casa	P/ nuevo	CC	1003358325	Pri	26	F	M	H	NO	SPE	CU	3104647294		Birlettis
Sennedi Acuña		Ama de casa	P/Nuevo	CC	50853172	Pri	56	F	M	H	NO	SPE	CU	3246416994		Senni
Kelly De Hoyos		Ama de casa	P/nuevo	CC	1033357862	Sec	25	F	M	H	NO	SPE	CU	3105266164		Kelly Hoyos
Yuliana Mercado P.		Ama de casa	P/nuevo	CC	1003358293	Tec	32	F	M	H	NO	SPE	CU	3122788407		Yuliana Mercado
Blanca Romero M		Ama de casa	P/nuevo	CC	50949.217	Sec	48	F	M	H	NO	IND	CU	3127589783		Blanca R
Delfina Arrieta		M C-	P/nuevo	CC	50853189	Tec	58	F	M	H	NO	SPE	CU	3126966389		
Yeleima Ricardo		Psicosocial	P/Nuevo	CC	50950181	P	44	F	M	H	NO	SPE	CU	3225773027		
Erika Daré Cantillo		Coordinadora	P/Nuevo	CC	1003361238	Pro	35	F	M	H	NO	SPE	CU	3114600867		Erika Daré

Nivel de escolaridad:
SIN: Sin nivel de escolaridad **PRI:** Primaria **SEC:** Secundaria **MED:** Media **TYT:** Técnico o Tecnológico **PRO:** Profesional **MAE:** Maestría **DOC:** Doctorado **POS:** Posdoctorado **MAS:** Maestro o Sabedor

Sexo: **M:** Masculino **F:** Femenino **I:** Intersexual
Género: **H:** Hombre **M:** Mujer **T:** Trans
Orientación sexual: **H:** Heterosexual **L:** Lesbiana **G:** Gay **B:** Bisexual **TG:** Transgénero **Q:** Queer **TS:** Transexual **+:** Otro **A:** Asexual

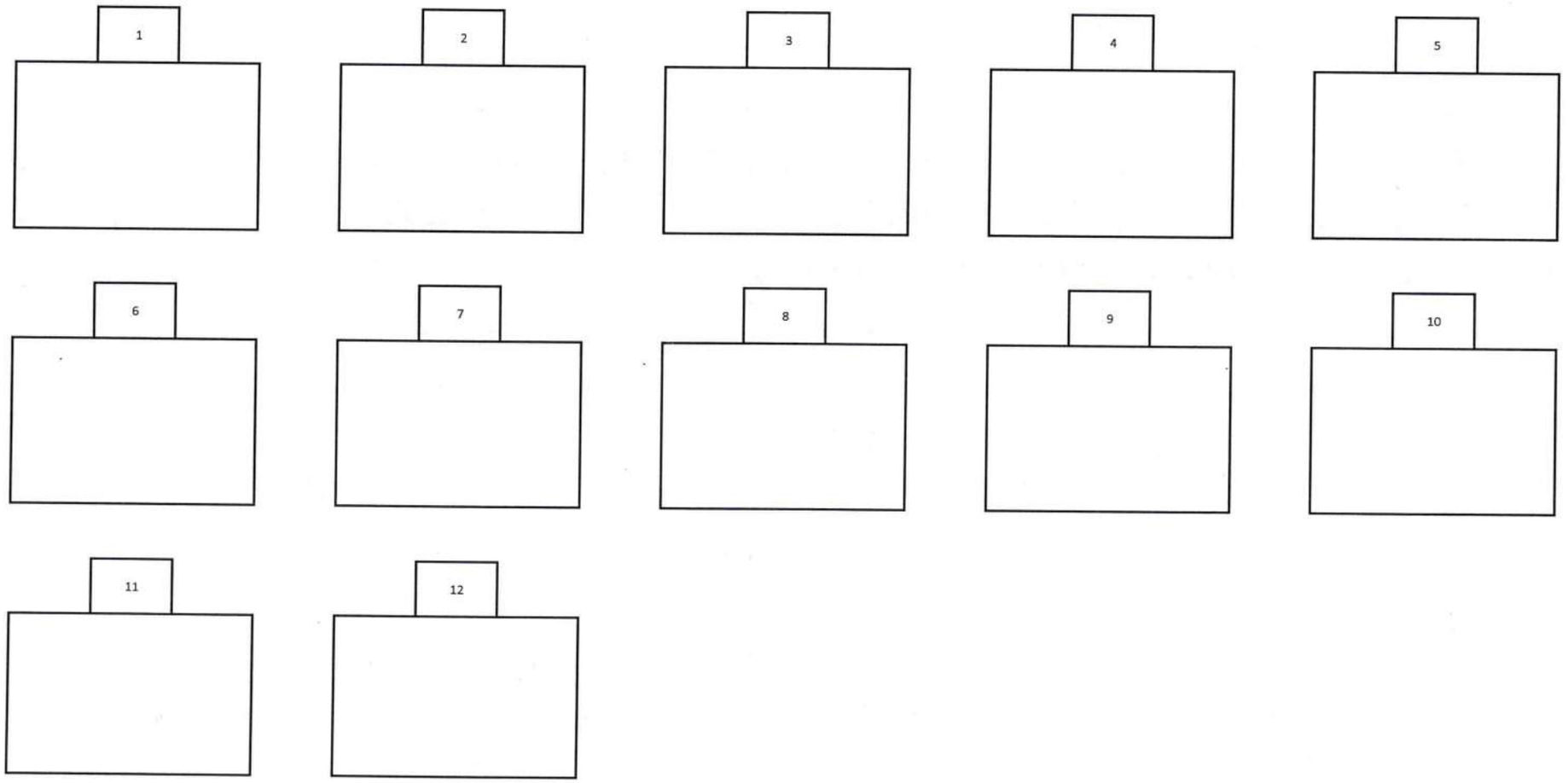
Tipo de documento: **CC:** Cédula **TI:** Tarjeta de identidad **CE:** Cédula de extranjería
Condición de discapacidad:
AUD: Auditiva **FIS:** Física **INT:** Intelectual **VIS:** Visual **SCE:** Sordoceguera **PSI:** Psicosocial **MUL:** Múltiple

Grupo étnico: **N:** Negro **A:** Afrodescendiente **R:** Raizal **P:** Palenquero **IND:** Indígena **PMGI:** Población migrante irregular **PMGR:** Población migrante regular **ROM:** Pueblo Rrom **SPE:** Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: **CR:** Comunidad Rural; **CU:** Comunidad Urbana; **VICA:** Persona Víctima del Conflicto Armado; **PHCLL:** Persona Habitante de Calle; **PEP:** Persona en ejercicio de la prostitución; **PPL:** Persona Privada de la Libertad; **PEX:** Población Excombatiente; **MG:** Mujeres Gestantes; **CH:** Madres o padres Cabeza de Hogar

ESE CAMU PUEBLO NUEVO	FORMATO DE ASISTENCIA CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N°SS-003-2025	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud · Gobernación de Córdoba

Reverso de la hoja: Colocar la huella de acuerdo al número del **consecutivo** del asistente que no firma:



	FORMATO	CÓDIGO: GMP-P4-F6
pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud · Gobernación de Córdoba · ESE CAMU Pueblo Nuevo	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	FECHA : 12/08/2024
		PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA: AIEPE Comunitario Prevención de Enfermedades	TIPO DE EVENTO: Capacitación, Asistencia técnica, Diálogo, Reunión	FECHA: 22-05-25	HORA INICIO: 9:45 AM	HORA FIN: 11:45 AM	LUGAR: Biblioteca

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
tatiana ortega		Amadecasa	P/nuevo	cc	1033603111	Sec	30	F	M	H	NO	SPE	CU	3013497660		
Laura Suarez		Amadecasa	P/nuevo	cc	1067228110	Sec	21	F	M	H	NO	SPE	CU	3218945740		
Kiara Diaz		Amadecasa	P/nuevo	cc	1066735	Sec	34	F	M	A	NO	SPE	CU	3065915333		
Flor Maria Mateus	El florado	M.comunitario	P/nuevo	CC	50 94	T	45	F	AF	H	NO	SPE	CU	3126122841		
Valentina Segura		Amadecasa	P/nuevo	CU	1067283	SPE	20	F	M	H	NO	SPE	CU	3136384701		
Karina Ballesta	Mi	M.comunitario	P/NUEVO	CC	26040	Mac	43	F	M	H	NO	SPE	CU	3206063157		
Inp Yorbo		Amadecasa	P/Nuevo	CC	1066	SPE	37	F	M	H	NO	SPE	CU	3135767364		
YeiMis Mercado A		sabedora c	P/Nuevo	cc	1067283123	PRO	37	F	M	H	NO	A	CU	3148285235		
Mirnabet Aguirre Martinez		Agente educativa	P/Nuevo	cc	50852575	PRO	59	F	M	H	NO	SPE	CU	3205004866		

Nivel de escolaridad: **SIN:** Sin nivel de escolaridad **PRI:** Primaria **SEC:** Secundaria **MED:** Media **TYT:** Técnico o Tecnológico **PRO:** Profesional **MAE:** Maestría **DOC:** Doctorado **POS:** Posdoctorado **MAS:** Maestro o Sabedor

Sexo: **M:** Masculino **F:** Femenino **I:** Intersexual
Género: **H:** Hombre **M:** Mujer **T:** Trans
Orientación sexual: **H:** Heterosexual **L:** Lesbiana **G:** Gay **B:** Bisexual **TG:** Transgénero **Q:** Queer **TS:** Transexual **+:** Otro **A:** Asexual

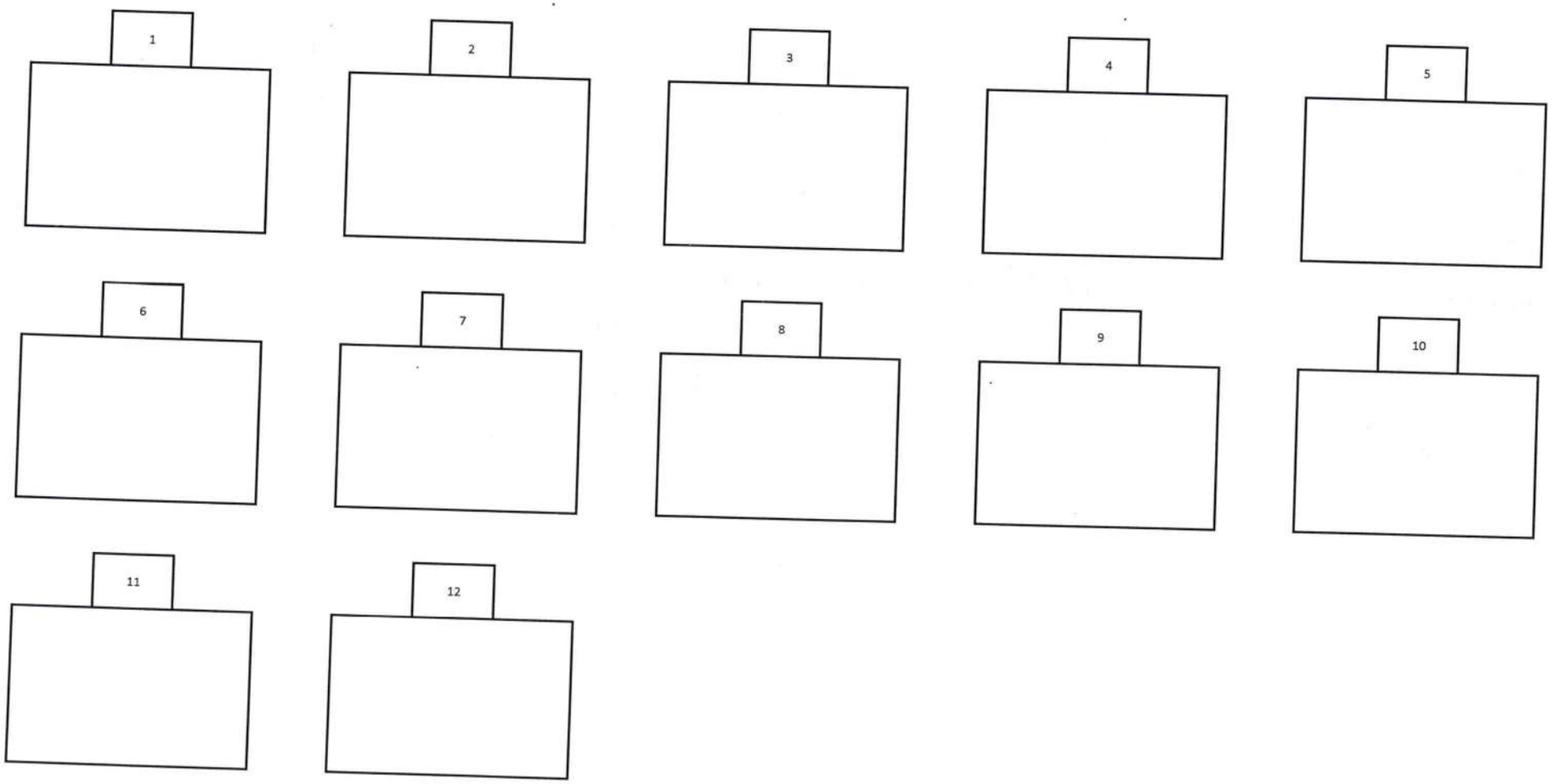
Tipo de documento: **CC:** Cédula **TI:** Tarjeta de identidad **CE:** Cédula de extranjería
Condición de discapacidad: **AUD:** Auditiva **FIS:** Física **INT:** Intelectual **VIS:** Visual **SCE:** Sordoceguera **PSI:** Psicosocial **MUL:** Múltiple

Grupo étnico: **N:** Negro **A:** Afrodescendiente **R:** Raizal **P:** Palenquero **IND:** Indígena **PMGI:** Población migrante irregular **PMGR:** Población migrante regular **ROM:** Pueblo Rrom **SPE:** Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: **CR:** Comunidad Rural; **CU:** Comunidad Urbana; **VICA:** Persona Víctima del Conflicto Armado; **PHCLL:** Persona Habitante de Calle; **PEP:** Persona en ejercicio de la prostitución; **PPL:** Persona Privada de la Libertad; **PEX:** Población Excombatiente; **MG:** Mujeres Gestantes; **CH:** Madres o padres Cabeza de Hogar

ESE CAMU PUEBLO NUEVO	FORMATO DE ASISTENCIA CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N°SS-003-2025	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud · GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Reverso de la hoja: Colocar la huella de acuerdo al número del **consecutivo** del asistente que no firma:



EVIDENCIA FOTOGRAFICA
JORNADA No.2 grupo 1

ACTIVIDAD: Capacitación en AIEPI comunitario a madres, padres y cuidadores de niños y niñas menores de 5 años, organizaciones de base comunitaria, actores locales, la cual se desarrollará en cuatro talleres de dos horas de duración cada uno donde se socialicen las 18 prácticas clave según su agrupación:

Lugar:	Biblioteca municipal
Fecha:	22 de mayo de 2025 **HORA:** 9.45 AM – 11.45 AM
Personas Intervenidas:	madres, padres y cuidadores de niños y niñas menores de 5 años, organizaciones de base comunitaria, actores locales









JORNADA No.3 grupo 1

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

625

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Biblioteca Municipal.	Hora de Inicio: 1.00 P.M
Fecha: 23-Mayo-2025	Hora de Finalización: 3:00 P.M.

Objetivo(s) de la Reunión

Capacitación en AIEPI comunitaria a madres, Padres y Cuidadores de niños y niñas menores de 5 años, Seran Cuatro talleres en la que se estudiaron las 18 Practicas claves

Desarrollo de la Reunión

Se realizo la capacitación en la biblioteca donde se agruparon madres y cuidadores de otras hogares. Se presento el tema y se inicio el taller de las cuidados en el hogar. las cuales tienen duración de 2 horas

Conclusiones

Se realizaron gracias a la motivación de madres y Cuidadores se realizaron juegos dinamicas.

Recomendaciones

Continuar con el buen manejo de tema en los niños teniendo en cuenta lo aprendido en cuanto a AIEPI

Responsables de la Actividad

Enfermera

AIEPI

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-003-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atención Primaria en salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: AIEPI Comunitario para los Cuidados en el Hogar.

DIA:	23	MES:	Mayo	AÑO:	25	UBICACIÓN:	Biblioteca Municipal	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	Ineldis Perez	C	64564273		54	F	M								X		X		X				X		Ineldis Perez
2	Yeleima Ricardo	C	50950181		44	F	M								X		X						X		
3	Karina Ballesta	C	26040396	3206063157	43	F	M								X		X						X		Karina Ballesta
4	Wes vargas	CC	1066649654		31	F	M								X	X							X		
5	Flor Meraud	C	50948481		45	F	M								X		X	X					X		Flor Meraud
6	Yesmaira Olascuaga	C	26066417		43	F	M								X		Y	X					X		
7	Valentina Segum	CC	1067 403 101		20	F	M	X							X	X							X		
8	Erika Diaz C.	CC	1003361533.	3114600867	35	F	M								X		X		X				X		
9	Yeimis Mercado A	CC	1067285123		37	F	M								X		X		X				X		
10	Delfina Arieta	C	50853189	3126946589	58	F	M								X		X		X				X		

ESE CAMU PUEBLO NUEVO	**FORMATO DE ASISTENCIA** **CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-003-2025**	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REVERSO DE LA HOJA: COLOCAR LA HUELLA DE ACUERDO AL NÚMERO DEL **CONSECUTIVO** DEL ASISTENTE QUE NO FIRME:

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-003-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atencion primaria en salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: AIEPI Comunitario para los cuidadores en el Hogar

DIA:	23	MES:	05	AÑO:	25	UBICACIÓN:	Biblioteca Municipal	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	Xiomara Romero	CC	1067286210		18	F	M	X								X							X		Xiomara R.
2	Mileys Duarte	CC	1067 289 7294	302 469 3946	31	F	M.										X						X		Mileys Duarte M.
3	Blanca Romero	C	50949217		48	F	M			X						X							X		Blanca R.
4	Birleidis Castillo	CC	1003358325	3102435	26	F	M									X							X		Birleidis Castillo
5	Kelly de Hoyos	C	1003357 862		25	F	M									X							X		Kelly Hoyos.
6	Yulianis Mercado	CC	1003358 293		32	F	M									X							X		Yulianis Mercado
7	Tatiana Ortega	C	1005360 34		30	F	M	X								X							X		Tatiana O.
8	Isaris Sevilla	CC	1102852 040		33	F	M									X							X		Isaris Sevilla
9	Laura Suarez	C	1067281 125.	321894 5740	21	F	M	X								X							X		Laura
10	Kiara Diaz	C	1066785358		34	F	M									X							X		Kiara D.

ESE CAMU PUEBLO NUEVO	**FORMATO DE ASISTENCIA** **CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-003-2025**	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REVERSO DE LA HOJA: COLOCAR LA HUELLA DE ACUERDO AL NÚMERO DEL **CONSECUTIVO** DEL ASISTENTE QUE NO FIRME:

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

ESE CAMU PUEBLO NUEVO
NIT.812.001.520-9

EVIDENCIA FOTOGRAFICA
JORNADA No.3 grupo 1

ACTIVIDAD: Capacitación en AIEPI comunitario a madres, padres y cuidadores de niños y niñas menores de 5 años, organizaciones de base comunitaria, actores locales, la cual se desarrollará en cuatro talleres de dos horas de duración cada uno donde se socialicen las 18 prácticas clave según su agrupación:

Lugar:	Biblioteca municipal
Fecha:	23 de mayo de 2025 **HORA:** 1 pm – .3 pm
Personas Intervenidas:	madres, padres y cuidadores de niños y niñas menores de 5 años, organizaciones de base comunitaria, actores locales





JORNADA No.4 grupo 1

Cra. 10 No. 13-92, calle Iván Quintero - Pueblo Nuevo - Córdoba
(754) 7653753 3103529801 - 3103529802
http://www.esecamu-pueblonuevo-cordoba.gov.co
contactenos@esecamu-pueblonuevo-cordoba.gov.co

¡Comprometidos con tu Salud!

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: Biblioteca Municipal	Hora de Inicio: 3:30 P.M
Fecha: 23 - Mayo - 2025	Hora de Finalización: 5:30 P.M

Objetivo(s) de la Reunión

Capacitación en AIEPI Comunitaria a madres, Padres y cuidadores de niños y niñas menores de 5 años seran cuatro talleres en la que se estudiaron las 18 Practicas claves.

Desarrollo de la Reunión

Se realizo la capacitación en la bibliote donde se agrupa-ron madres y cuidadores de otros hogares. Se Presento el tema y se inicio el taller de los cuidados fuera del hogar los cuales se realizaron en 2 horas.

Conclusiones

Se realizaron gracia a la motivación de madres y cuidadores se realizaron juego dinamicos

Recomendaciones

Continuar con el buen manejo de tema en los niños teniendo en cuenta lo aprendido en cuanto a AIEPI

Responsables de la Actividad

Enfermera

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-003-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

581

EJE: Atención Primaria en salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Arepa comunitaria para busca Atención fuera del Hogar

DIA:	23	MES:	05	AÑO:	25	UBICACIÓN:	biblioteca Municipal	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	Blanca Romero	cc	50949277	3127589783	48	F	M			X						X				X					Blanca Romero
2	Unledis castillo	cc	1003358325	3106447414	26	F	M									X				X					Unledis Castillo
3	Kelly De Hoyos	cc	1003357862	3105260641	25	F	M									X				X					Kelly Hoyos
4	Yolanis Mercado Pere	cc	103358293	31227834	07	F	M									X				X					Yolanis Mercado P.
5	Karina Ballesta	cc	26040397	3206063157	43	F	M									X			X		X				Karina Ballesta
6	Yeimys Mercado	cc	1067285123	3148285235	37	F	M									X			X		X				Yeimys Mercado M
7	Ines Vargas	cc	1066719091	3133167464	37	F	M									X				X					Ines Vargas
8	Valentina Segura	CC	1067233101	3136384701	20	F	M	X								X			X						Valentina
9	Kiara Diaz	cc	1066735303	3106591533	34	F	M									X				X					Kiara D.
10	Laura Suarez	cc	1067281745	3213457440	21	F	M	X								X				X					Laura

ESE CAMU PUEBLO NUEVO	**FORMATO DE ASISTENCIA**	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud — GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-003-2025	

REVERSO DE LA HOJA: COLOCAR LA HUELLA DE ACUERDO AL NÚMERO DEL **CONSECUTIVO** DEL ASISTENTE QUE NO FIRME:

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-003-2025

PIC Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atención primaria en salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Atapi comunitaria para buscar Atención fuera del Hogar

DIA:	23	MES:	05	AÑO:	25	UBICACIÓN:	biblioteca Municipal	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	Ederma Ricardo A	cc	50950181	3225798367	44	F	M									X	X		X		X				
2	Melda Perez Correa	cc	64564273		54	F	M									X	X		X		X				
3	Yesmaira Olascuaga	cc	26066417	3213069673	43	F	M									X	X		X		X				
4	Milenys Duarte	cc	1067289577	3024693946	31	F	M									X				X					
5	Erika Daiz Cancha	cc	1003361533	3174600067	35	F	M									X	X		X						
6	Yeimis Mercado A	CC	1067288523	3148285233	37	F	M									X									
7	Isaris Sevilla		1102852040	3146388491	33	F	M									X				X					Isaris Sevilla
8	Delfina Ameta	cc	50853159	3126968 59	58	F	M										X		X						
9	Mirna Luz Aguirre Martinez	cc	50852575	3205004866	59	F	M										X		X		X				
10	Xiomara Romero	cc	1067286210	3018523409	18	F	M	X								X				X					Xiomara R.

ESE CAMU PUEBLO NUEVO	**FORMATO DE ASISTENCIA**	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud — GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-003-2025	

REVERSO DE LA HOJA: COLOCAR LA HUELLA DE ACUERDO AL NÚMERO DEL **CONSECUTIVO** DEL ASISTENTE QUE NO FIRME:

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

ESE CAMU PUEBLO NUEVO
NIT.812.001.520-9

EVIDENCIA FOTOGRAFICA
JORNADA No.4 grupo 1

ACTIVIDAD: Capacitación en AIEPI comunitario a madres, padres y cuidadores de niños y niñas menores de 5 años, organizaciones de base comunitaria, actores locales, la cual se desarrollará en cuatro talleres de dos horas de duración cada uno donde se socialicen las 18 prácticas clave según su agrupación:

Lugar:	Biblioteca municipal
Fecha:	23 de mayo de 2025 **HORA:** 3.30 pm a 5.30 pm
Personas Intervenidas:	madres, padres y cuidadores de niños y niñas menores de 5 años, organizaciones de base comunitaria, actores locales





pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, ERIKA DIAZ, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1003361533, en Representación del ICBF CDI Urbano certifico que Bertha Noriega Rodriguez, en representación de la ESE CAMU PUEBLO NUEVO, realizó: capacitacion en ATEPI comunitario a madres, padres y cuidadores de niños menores de 5 años en cuanto al manejo de las 18 practicas claves, se Hicieron Cuatro talleres con 20 participantes, en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en P. Nuevo a los 23 días del mes de Mayo de 2025.

FIRMA: Erika Diaz C
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1003361533
CELULAR: 3114600867

645

GRUPO No.2

Cra. 10 No. 13-92, calle Iván Quintero - Pueblo Nuevo - Córdoba
(754) 7653753 3103529801 - 3103529802
http://www.esecamu-pueblonuevo-cordoba.gov.co
contactenos@esecamu-pueblonuevo-cordoba.gov.co

¡Comprometidos con tu Salud!

ESE CAMU PUEBLO NUEVO

54

JORNADA No.1 grupo 2

Cra. 10 No. 13-92, calle Iván Quintero - Pueblo Nuevo - Córdoba
(754) 7653753 3103529801 - 3103529802
http://www.esecamu-pueblonuevo-cordoba.gov.co
contactenos@esecamu-pueblonuevo-cordoba.gov.co

¡Comprometidos con tu Salud!

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud	ACTA DE CONCERTACIÓN	ESE CAMU PUEBLO NUEVO
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-003-2025	

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 19 del mes Mayo del año 2025, se reunieron Bertha Noriega R., representante de la **ESE CAMU PUEBLO NUEVO** y María Luisa Osorio, representante de Hogares Infantiles del ICBF de la zona Urbana del municipio de Pueblo nuevo, con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el contrato interadministrativo N°**SS-003-2025,** celebrado entre la ESE CAMU PUEBLO NUEVO y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Capacitación en AIEPI comunitario a padres y cuidadores de niños menores de cinco años sobre 18 practicas claves de AIEPI
Eje/Dimensión	Atencion Primaria en Salud.
Fecha propuesta	23 de Mayo-2025
Necesidad de apoyo logístico	Rotafolio
Necesidad de talento humano	Enfermera
Observaciones	

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

Nombre:	María Luisa Osorio	Nombre:	Berta Noriega R.
Cedula de ciudadanía:	1067291881	Cedula de ciudadanía:	34984122
Entidad:	Hogares Infantil	Entidad:	Ese camu P. Nuevo
Numero de contacto	3216651925	Numero de contacto	3013201419
Firma:	María Osorio	Firma:	Berta Noriega