## ANEXO OBLIGACION N° 7

7) **Tomar y procesar muestras serológicas a cuarenta y ocho (48) niños** y sesenta y un (61) caninos sintomáticos para detectar oportunamente la presencia de casos de Leishmaniasis visceral en las comunidades de los sectores a riesgo seleccionados debiendo confirmar los que se requieran

HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E. RIO BLANCO - TOLIMA
NIT. 890700694-4
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 1458 DE 2025

# PROMOCION Y PREVENCION DE LEISHMANASIS VISCERAL TOMA DE MUESTRAS DE NIÑOS




**MUNICIPIOS DE COYAIMA, NATAGAIMA, ORTEGA, GUAMO, SUAREZ, COELLO, Y FLANDES DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA**

| GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA<br>HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E | | | | | | Acta No.<br>7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de Actividad | | | Hora inicio: | Hora finalización: | Lugar de Inspecciones | Acta Redactada por: |
| Días | Mes | Año | 6:00 am | 4:00 pm | Vereda Pringamosal los paso | PAOLA ANDREA MACIAS |
| 27-28-29 | 08 | 2025 | | | | |
| MUNICIPIO | | | GUAMO | | | |
| BARRIO O VEREDA | | | PRINGAMOSAL LOS PASOS | | | |
| ZONA: URBANA _____ RURAL X | | | | | | |

**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** CARACTERIZACIÓN ESTUDIO DE FOCOS LV EN NIÑOS

**TEMA(S) INTERVENIDOS:** TOMA DE MUESTRAS SEROLOGICAS EN NIÑOS

**OBJETIVO(S):** **Sensibilización sobre el control social de la Leishmaniasis Visceral**, orientada a la reducción de la morbimortalidad mediante la disminución de oportunidades de transmisión, el control de vectores y reservorios, así como la identificación de riesgos para la población residente y/o visitante. Esta estrategia se desarrolla a través de la toma de muestras serológicas en niños, con el fin de detectar casos positivos de Leishmaniasis Visceral y fortalecer la vigilancia epidemiológica.

**POBLACIÓN OBJETO:** Niños Menores de edad de 15 años habitantes de la vereda pringamosal los pasos
.

**NÚMERO DE MUESTRAS TOMADAS A NIÑOS: 3 muestras**

**Procedimiento de Intervención Domiciliaria para la Prevención y Control de la Leishmaniasis Visceral.**

**Ingreso a la Vivienda:**

- Al llegar a la vivienda, se realiza un saludo cordial a los habitantes.
- Se procede con la presentación personal, institucional y del programa de prevención y control de la Leishmaniasis Visceral.

**Socialización de Información:**

- Se brinda información clara, breve y pertinente sobre la Leishmaniasis Visceral, utilizando material didáctico como rotafolios.
- Se explican las formas de transmisión, síntomas, factores de riesgo y consecuencias de la enfermedad.

**Promoción de Hábitos Protectores:**

- Se brinda orientación sobre los hábitos protectores que deben ser adoptados por la familia.

- Se realiza observación directa en la vivienda para verificar el uso de medidas preventivas como toldillos o mallas en camas o ventanas.

**Inspección del Entorno Domiciliario:**

- Se procede a realizar una inspección completa de la vivienda y su entorno, en búsqueda de posibles focos de reproducción del vector (*Lutzomyia*), como criaderos, acumulación de residuos orgánicos, materia vegetal en descomposición, etc.
- Se identifican posibles reservorios animales (especialmente caninos) que presenten signos clínicos compatibles con Leishmaniasis Visceral.
- Se explica al jefe de hogar la necesidad de realizar una toma de muestra serológica a los caninos sintomáticos, la cual será realizada por la profesional veterinaria.

**Toma de Muestras Serológicas:**

- La auxiliar de enfermería (Rosa Ipus) procederá con la toma de muestras de sangre a los niños menores de 12 años de la vivienda.
- Las muestras serán transportadas para su procesamiento (centrifugación) en el laboratorio correspondiente del municipio, y posteriormente remitidas al Laboratorio de Salud Pública para su análisis definitivo.

**Registro y Consentimiento:**

- Se diligencia el Formato de Inspección de Leishmaniasis Visceral, registrando la información de todas las personas que conforman el hogar.
- Se solicita la firma del jefe del hogar, junto con su número de cédula de ciudadanía, como constancia de la visita y del consentimiento informado para la toma de muestras.

**Cierre de la Visita:**

- Se reitera la importancia de la prevención, la identificación temprana de posibles reservorios, y la colaboración comunitaria en la lucha contra la enfermedad.
- Se agradece al jefe del hogar y a la familia por permitir la visita, inspección y colaboración durante la jornada.

Finalizando se da gracias a la persona por haber permitido la inspección en la vivienda.

**RESULTADOS:** Se logró la sensibilización de las familias visitadas respecto a la **prevención y control de la Leishmaniasis Visceral**, mediante la promoción de prácticas protectoras permanentes dentro de sus viviendas y entornos familiares y se realiza la toma de muestra del menor.

Especial énfasis se hizo en:

- La adecuada disposición final de residuos orgánicos como estrategia para reducir los criaderos del vector (*Lutzomyia*).
- La tenencia responsable de caninos, con el objetivo de disminuir el riesgo de mantener reservorios infectados dentro del entorno domiciliario.
- La identificación y modificación de factores de riesgo ambientales, promoviendo entornos más seguros para la población infantil e inmunocomprometida.

**Compromisos Adquiridos por la Comunidad:**

**Realizar el correcto desecho de materia orgánica**, evitando su acumulación en patios, huertas o solares, ya que representa un posible criadero para el vector (conocido comúnmente como "capotillo").

**Disponer adecuadamente las heces de los caninos**, incluyendo aquellas contenidas en cocheras, patios o galpones, para evitar focos de insalubridad y riesgo de transmisión.

**Utilizar ropa adecuada (manga larga, pantalón) y repelente** al momento de realizar labores agrícolas como el corte de hoja de cachaco, desechando correctamente la vaina, que puede atraer al vector.

**Evitar el hacinamiento de caninos** en las viviendas, regulando su número y condiciones de estancia, como medida preventiva frente a posibles contagios entre animales y hacia las personas.

**Informar oportunamente a la Alcaldía Municipal** o entidad de salud más cercana sobre la presencia de animales enfermos o con signos clínicos compatibles con Leishmaniasis, con el fin de activar los protocolos de vigilancia, diagnóstico y control.

## REGISTRO FOTOGRÁFICO



No.1: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras



No.2: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras



No.3: : auxiliar rosa marina ipus toma de muestras



No.4: auxiliar rosa ipus centrifugación de muestra serológica

**FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:**

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA | | Código: LSP-FOR-IV-112<br>Versión 02<br>Pág 1 de 1 |
|---|---|---|---|
| | MACROPROCESO | INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL | Vigente desde: 3/102016 |
| | CARACTERIZACIÓN ESTUDIO DE FOCOS LEISHMANIA VISCERAL A NIÑOS | | |

DEPARTAMENTO: TOLIMA CÓDIGO DPTO.: 73 FECHA: 27-28-29 Agosto 2025

MUNICIPIO: Guamo CÓDIGO DEL MUNICIPIO: PRIN

VEREDA: Pringamosal los Pasos CÓDIGO DE LA VEREDA: PRIN

RELACIÓN VIVIENDAS DONDE SE TOMARAN MUESTRAS A NIÑOS

| CÓDIGO ENCUESTA | NO. DE MUESTRA | DIRECCIÓN | NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | EDAD EN AÑOS | NOMBRE DEL PADRE O MADRE | RESULTADO DE LA PRUEBA RAPIDA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIN | 28 | Vereda Pringamosal los Pasos | Liam Stiven Rojas Arciniegas | RC: 1108939047 | 2 Años | Diana Carolina Arciniegas | |
| PRIN | 29 | Vereda Pringamosal los Pasos | Juan Manuel Guayara Calderon | TI: 1108935375 | 11 Años | Flor Calderon | |
| PRIN | 30 | Vereda Pringamosal los Pasos | Sayra Valentina Rojas | TI: 1108934127 | 14 años | Flor Calderon | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RESULTADOS DE LAS MUESTRAS : P: POSITIVA N: NEGATIVA

FECHA DE ENTREGA: 250912

Laura Vasquez M

FIRMA DEL RESPONSABLE: Rosa Manna Ipus
Auxiliar Enfermería

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73 PRIN - 28 Fecha: 27-08-2025

Yo Diana Carolina Arciniegas 28 años con cedula de ciudadanía 1030675707 de Bogotá, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo

2 años

(a) Liam stiven Rojas Arciniegas RC: 1108939047

menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1030675707 de Bogotá.
Celular 3112223063

Testigo
C.C. 53084591

Rosa Marina IPS
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38.211.833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5255-2025 | | |
| **Solicitante:** | DIANA CAROLINA ARCINIEGAS | **Municipio Solicitante:** | GUAMO/VEREDA PRINGAMOSAL LOS PASOS |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | LIAM STIVEN ROJAS ARCINIEGAS | **Identificación:** | RC / 1108939047 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 2 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-12 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

# *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73PRIN - 29 Fecha: 28-08-2025

Yo Flor calderon 34 años con cedula de ciudadanía 1006003609 de Guaro., declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo 11 años (a) Juan Manuel Guayara calderon TI: 1108935375 menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Flor Calderon Rojas
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1006003609 Guaro
Celular 3023007749

NOMI TM
Testigo
C.C. 53084591

Rosa Marina Ipus
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38.211.833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5256-2025 | | |
| **Solicitante:** | FLOR CALDERON | **Municipio Solicitante:** | GUAMO/VEREDA PRINGAMOSAL LOS PASOS |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | JUAN MANUEL GUAYARA CALDERON | **Identificación:** | RC / 1108935375 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 11 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-12 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73PRIN - 30 Fecha: 29-08-2025

Yo Flor Calderon 34 años con cedula de ciudadanía 1006003609 de Cucuos, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo

(a) Sayra Valentina Rojas TI: 1108934127 14 años

menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Flor Calderon Rojas
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1006003609 Cucuo
Celular 3023007749

Testigo
C.C. 5308491

Rosa Marina Ipus.
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38211.833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5257-2025 | | |
| **Solicitante:** | FLOR CALDERON | **Municipio Solicitante:** | GUAMO/VEREDA PRINGAMOSAL LOS PASOS |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | SAYRA VALENTINA ROJAS | **Identificación:** | RC / 1108934127 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 14 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-12 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E. RIO BLANCO - TOLIMA
NIT. 890700694-4
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 1458 DE 2025

| GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA<br>HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E | | | | | | Acta No.<br>8 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de Actividad | | | Hora inicio: | Hora finalización: | Lugar de Inspecciones | Acta Redactada por: |
| Días | Mes | Año | 6:00 am | 4:00 pm | Vereda pringamosal Oval | PAOLA ANDREA MACIAS |
| 30 | 08 | 2025 | | | | |
| MUNICIPIO | | | GUAMO | | | |
| BARRIO O VEREDA | | | PRINGAMOSAL OVAL | | | |
| ZONA: URBANA _____ RURAL X | | | | | | |

**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** CARACTERIZACIÓN ESTUDIO DE FOCOS LV EN NIÑOS

**TEMA(S) INTERVENIDOS:** TOMA DE MUESTRAS SEROLOGICAS EN NIÑOS

**OBJETIVO(S):** **Sensibilización sobre el control social de la Leishmaniasis Visceral**, orientada a la reducción de la morbimortalidad mediante la disminución de oportunidades de transmisión, el control de vectores y reservorios, así como la identificación de riesgos para la población residente y/o visitante. Esta estrategia se desarrolla a través de la toma de muestras serológicas en niños, con el fin de detectar casos positivos de Leishmaniasis Visceral y fortalecer la vigilancia epidemiológica.

**POBLACIÓN OBJETO:** Niños Menores de edad de 15 años habitantes de la vereda pringamosal oval
.

**NÚMERO DE MUESTRAS TOMADAS A NIÑOS: 2 muestras**

**Procedimiento de Intervención Domiciliaria para la Prevención y Control de la Leishmaniasis Visceral.**

**Ingreso a la Vivienda:**

- Al llegar a la vivienda, se realiza un saludo cordial a los habitantes.
- Se procede con la presentación personal, institucional y del programa de prevención y control de la Leishmaniasis Visceral.

**Socialización de Información:**

- Se brinda información clara, breve y pertinente sobre la Leishmaniasis Visceral, utilizando material didáctico como rotafolios.
- Se explican las formas de transmisión, síntomas, factores de riesgo y consecuencias de la enfermedad.

**Promoción de Hábitos Protectores:**

- Se brinda orientación sobre los hábitos protectores que deben ser adoptados por la familia.

- Se realiza observación directa en la vivienda para verificar el uso de medidas preventivas como toldillos o mallas en camas o ventanas.

**Inspección del Entorno Domiciliario:**

- Se procede a realizar una inspección completa de la vivienda y su entorno, en búsqueda de posibles focos de reproducción del vector (*Lutzomyia*), como criaderos, acumulación de residuos orgánicos, materia vegetal en descomposición, etc.
- Se identifican posibles reservorios animales (especialmente caninos) que presenten signos clínicos compatibles con Leishmaniasis Visceral.
- Se explica al jefe de hogar la necesidad de realizar una toma de muestra serológica a los caninos sintomáticos, la cual será realizada por la profesional veterinaria.

**Toma de Muestras Serológicas:**

- La auxiliar de enfermería (Rosa Ipus) procederá con la toma de muestras de sangre a los niños menores de 12 años de la vivienda.
- Las muestras serán transportadas para su procesamiento (centrifugación) en el laboratorio correspondiente del municipio, y posteriormente remitidas al Laboratorio de Salud Pública para su análisis definitivo.

**Registro y Consentimiento:**

- Se diligencia el Formato de Inspección de Leishmaniasis Visceral, registrando la información de todas las personas que conforman el hogar.
- Se solicita la firma del jefe del hogar, junto con su número de cédula de ciudadanía, como constancia de la visita y del consentimiento informado para la toma de muestras.

**Cierre de la Visita:**

- Se reitera la importancia de la prevención, la identificación temprana de posibles reservorios, y la colaboración comunitaria en la lucha contra la enfermedad.
- Se agradece al jefe del hogar y a la familia por permitir la visita, inspección y colaboración durante la jornada.

Finalizando se da gracias a la persona por haber permitido la inspección en la vivienda.

**RESULTADOS:** Se logró la sensibilización de las familias visitadas respecto a la **prevención y control de la Leishmaniasis Visceral**, mediante la promoción de prácticas protectoras permanentes dentro de sus viviendas y entornos familiares y se realiza la toma de muestra del menor.

Especial énfasis se hizo en:

- La adecuada disposición final de residuos orgánicos como estrategia para reducir los criaderos del vector (*Lutzomyia*).
- La tenencia responsable de caninos, con el objetivo de disminuir el riesgo de mantener reservorios infectados dentro del entorno domiciliario.
- La identificación y modificación de factores de riesgo ambientales, promoviendo entornos más seguros para la población infantil e inmunocomprometida.

**Compromisos Adquiridos por la Comunidad:**

**Realizar el correcto desecho de materia orgánica**, evitando su acumulación en patios, huertas o solares, ya que representa un posible criadero para el vector (conocido comúnmente como "capotillo").

**Disponer adecuadamente las heces de los caninos**, incluyendo aquellas contenidas en cocheras, patios o galpones, para evitar focos de insalubridad y riesgo de transmisión.

**Utilizar ropa adecuada (manga larga, pantalón) y repelente** al momento de realizar labores agrícolas como el corte de hoja de cachaco, desechando correctamente la vaina, que puede atraer al vector.

**Evitar el hacinamiento de caninos** en las viviendas, regulando su número y condiciones de estancia, como medida preventiva frente a posibles contagios entre animales y hacia las personas.

**Informar oportunamente a la Alcaldía Municipal** o entidad de salud más cercana sobre la presencia de animales enfermos o con signos clínicos compatibles con Leishmaniasis, con el fin de activar los protocolos de vigilancia, diagnóstico y control.

## REGISTRO FOTOGRÁFICO



No.1: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras



No.2: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras



No.3: auxiliar rosa ipus centrifugación de muestra serológica

**FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:**

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA | | Código: LSP-FOR-IV-112<br>Versión 02<br>Pág 1 de 1 |
|---|---|---|---|
| | MACROPROCESO | INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL | Vigente desde: 3/102016 |
| | CARACTERIZACIÓN ESTUDIO DE FOCOS LEISHMANIA VISCERAL A NIÑOS | | |

DEPARTAMENTO: TOLIMA CÓDIGO DPTO.: 73 FECHA: 30 Agosto 2025

MUNICIPIO: Guamo Tolima CÓDIGO DEL MUNICIPIO: PRIN

VEREDA: Pringamosal Oval CÓDIGO DE LA VEREDA: PRIN

RELACIÓN VIVIENDAS DONDE SE TOMARAN MUESTRAS A NIÑOS

| CÓDIGO ENCUESTA | NO. DE MUESTRA | DIRECCIÓN | NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | EDAD EN AÑOS | NOMBRE DEL PADRE O MADRE | RESULTADO DE LA PRUEBA RAPIDA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIN | 31 | Vereda Pringamosal Oval | Nicolas Lagos Arciniegas | RC: 1108938075 | 6 Años | Maria Nelly Mendoza Guatara | |
| PRIN | 32 | Vereda Pringamosal Oval | Evelyn Lagos Arciniegas | TI: 1108936337 | 10 años | Maria Nelly Mendoza Guatara | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RESULTADOS DE LAS MUESTRAS : P: POSITIVA N: NEGATIVA

FECHA DE ENTREGA: 250912

Jenny Verdugo

FIRMA DEL RESPONSABLE: Rosa Marina Ipus

Auxiliar Enfermeria

8

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73PRIN - 31 Fecha: 30 - 08 - 2025

Yo María Nelly Mendoza Guayara 60 años con cedula de ciudadanía 65553510 de Guamo, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo 6 años (a) Nicolás Lagos Arciniega RC: 1108938075 menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

x María Nelly Mendoza Guayara — Nora M/M

Firma persona que da el consentimiento
C.C. 65.553 510
Celular 3214827250

Testigo
C.C. 53084591

Rosa Marina Ipus

Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38.211.833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5258-2025 | | |
| **Solicitante:** | MARIA NELLY MENDOZA GUAIARA | **Municipio Solicitante:** | GUAMO/VEREDA PRINGAMOSAL OVAL |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | NICOLAS LAGOS ARCINIEGAS | **Identificación:** | RC / 1102938075 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 6 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-12 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73 PRIN-32 Fecha: 30-08-2025

Yo María Nelly Mendoza Guayara 60 años con cedula de ciudadanía 65553510 de Guamo, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo

(a) Evelyn Lagos Arciniegas TI: 1108936337 10 años

menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

María Nelly Mendoza Guayara
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 65 533. 510
Celular 3214827250

NUMY 971
Testigo
C.C. 33084591

Rosa Marina Ipus
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38-211-833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5259-2025 | | |
| **Solicitante:** | MARIA NELLY MENDOZA GUAIARA | **Municipio Solicitante:** | GUAMO/VEREDA PRINGAMOSAL OVAL |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | EVELYN LAGOS ARCINIEGAS | **Identificación:** | RC / 1108936337 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 10 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-12 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E. RIO BLANCO - TOLIMA
NIT. 890700694-4
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 1458 DE 2025

| GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA<br>HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E | | | | | | Acta No.<br>9 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de Actividad | | | Hora inicio: | Hora finalización: | Lugar de Inspecciones | Acta Redactada por: |
| Días | Mes | Año | 6:00 am | 4:00 pm | Vereda pringamosal diamante | PAOLA ANDREA MACIAS |
| 1-2 | 09 | 2025 | | | | |
| MUNICIPIO | | | GUAMO | | | |
| BARRIO O VEREDA | | | PRINGAMOSAL DIAMANTE | | | |

**ZONA: URBANA _____ RURAL X**

**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** CARACTERIZACIÓN ESTUDIO DE FOCOS LV EN NIÑOS

**TEMA(S) INTERVENIDOS:** TOMA DE MUESTRAS SEROLOGICAS EN NIÑOS

**OBJETIVO(S):** **Sensibilización sobre el control social de la Leishmaniasis Visceral**, orientada a la reducción de la morbimortalidad mediante la disminución de oportunidades de transmisión, el control de vectores y reservorios, así como la identificación de riesgos para la población residente y/o visitante. Esta estrategia se desarrolla a través de la toma de muestras serológicas en niños, con el fin de detectar casos positivos de Leishmaniasis Visceral y fortalecer la vigilancia epidemiológica.

**POBLACIÓN OBJETO:** Niños Menores de edad de 15 años habitantes de la vereda pringamosal diamante
.

**NÚMERO DE MUESTRAS TOMADAS A NIÑOS: 5 muestras**

**Procedimiento de Intervención Domiciliaria para la Prevención y Control de la Leishmaniasis Visceral.**

**Ingreso a la Vivienda:**

- Al llegar a la vivienda, se realiza un saludo cordial a los habitantes.
- Se procede con la presentación personal, institucional y del programa de prevención y control de la Leishmaniasis Visceral.

**Socialización de Información:**

- Se brinda información clara, breve y pertinente sobre la Leishmaniasis Visceral, utilizando material didáctico como rotafolios.
- Se explican las formas de transmisión, síntomas, factores de riesgo y consecuencias de la enfermedad.

**Promoción de Hábitos Protectores:**

- Se brinda orientación sobre los hábitos protectores que deben ser adoptados por la familia.

- Se realiza observación directa en la vivienda para verificar el uso de medidas preventivas como toldillos o mallas en camas o ventanas.

**Inspección del Entorno Domiciliario:**

- Se procede a realizar una inspección completa de la vivienda y su entorno, en búsqueda de posibles focos de reproducción del vector (*Lutzomyia*), como criaderos, acumulación de residuos orgánicos, materia vegetal en descomposición, etc.
- Se identifican posibles reservorios animales (especialmente caninos) que presenten signos clínicos compatibles con Leishmaniasis Visceral.
- Se explica al jefe de hogar la necesidad de realizar una toma de muestra serológica a los caninos sintomáticos, la cual será realizada por la profesional veterinaria.

**Toma de Muestras Serológicas:**

- La auxiliar de enfermería (Rosa Ipus) procederá con la toma de muestras de sangre a los niños menores de 12 años de la vivienda.
- Las muestras serán transportadas para su procesamiento (centrifugación) en el laboratorio correspondiente del municipio, y posteriormente remitidas al Laboratorio de Salud Pública para su análisis definitivo.

**Registro y Consentimiento:**

- Se diligencia el Formato de Inspección de Leishmaniasis Visceral, registrando la información de todas las personas que conforman el hogar.
- Se solicita la firma del jefe del hogar, junto con su número de cédula de ciudadanía, como constancia de la visita y del consentimiento informado para la toma de muestras.

**Cierre de la Visita:**

- Se reitera la importancia de la prevención, la identificación temprana de posibles reservorios, y la colaboración comunitaria en la lucha contra la enfermedad.
- Se agradece al jefe del hogar y a la familia por permitir la visita, inspección y colaboración durante la jornada.

Finalizando se da gracias a la persona por haber permitido la inspección en la vivienda.

**RESULTADOS:** Se logró la sensibilización de las familias visitadas respecto a la **prevención y control de la Leishmaniasis Visceral**, mediante la promoción de prácticas protectoras permanentes dentro de sus viviendas y entornos familiares y se realiza la toma de muestra del menor.

Especial énfasis se hizo en:

- La adecuada disposición final de residuos orgánicos como estrategia para reducir los criaderos del vector (*Lutzomyia*).
- La tenencia responsable de caninos, con el objetivo de disminuir el riesgo de mantener reservorios infectados dentro del entorno domiciliario.
- La identificación y modificación de factores de riesgo ambientales, promoviendo entornos más seguros para la población infantil e inmunocomprometida.

**Compromisos Adquiridos por la Comunidad:**

**Realizar el correcto desecho de materia orgánica**, evitando su acumulación en patios, huertas o solares, ya que representa un posible criadero para el vector (conocido comúnmente como "capotillo").

**Disponer adecuadamente las heces de los caninos**, incluyendo aquellas contenidas en cocheras, patios o galpones, para evitar focos de insalubridad y riesgo de transmisión.

**Utilizar ropa adecuada (manga larga, pantalón) y repelente** al momento de realizar labores agrícolas como el corte de hoja de cachaco, desechando correctamente la vaina, que puede atraer al vector.

**Evitar el hacinamiento de caninos** en las viviendas, regulando su número y condiciones de estancia, como medida preventiva frente a posibles contagios entre animales y hacia las personas.

**Informar oportunamente a la Alcaldía Municipal** o entidad de salud más cercana sobre la presencia de animales enfermos o con signos clínicos compatibles con Leishmaniasis, con el fin de activar los protocolos de vigilancia, diagnóstico y control.

HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E. RIO BLANCO - TOLIMA
NIT. 890700694-4
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 1458 DE 2025

## REGISTRO FOTOGRÁFICO



No.1: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras



No.2: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras



No.3: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras



No.4: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras

**FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:**

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA | | Código: LSP-FOR-IV-112<br>Versión 02<br>Pág 1 de 1 |
|---|---|---|---|
| | MACROPROCESO | INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL | Vigente desde: 3/102016 |
| | CARACTERIZACIÓN ESTUDIO DE FOCOS LEISHMANIA VISCERAL A NIÑOS | | |

DEPARTAMENTO: TOLIMA CÓDIGO DPTO.: 73 FECHA: 01 Y 02 septiembre 2025

MUNICIPIO: Guamo Tolima CÓDIGO DEL MUNICIPIO: PRIN

VEREDA: Pringamosal Diamante CÓDIGO DE LA VEREDA: PRIN

RELACIÓN VIVIENDAS DONDE SE TOMARAN MUESTRAS A NIÑOS

| CÓDIGO ENCUESTA | NO. DE MUESTRA | DIRECCIÓN | NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | EDAD EN AÑOS | NOMBRE DEL PADRE O MADRE | RESULTADO DE LA PRUEBA RAPIDA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIN | 33 | Vereda Pringamosal Diamante | Emily Yuliana Melo Salgar | TI: 1108936909 | 9 Años | Robinson Melo | |
| PRIN | 34 | Vereda Pringamosal Diamante | Damian Melo Salgar | TI: 1203963420 | 10 años | Robinson Melo | |
| PRIN | 35 | Vereda Pringamosal Diamante | Jareth Sofia Salgar Rodriguez | TI: 1108932952 | 15 años | Robinson Melo | |
| PRIN | 36 | Vereda Pringamosal Diamante | Joel Alexander Cardenas Melo | RC: 1140937902 | 5 años | Yuly Andrea Melo Barreto | |
| PRIN | 37 | Vereda Pringamosal Diamante | Andres Felipe Cardenas Melo | RC 1233514195 | 7 años | Yuly Andrea Melo Barreto | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RESULTADOS DE LAS MUESTRAS : P: POSITIVA N: NEGATIVA

FECHA DE ENTREGA: 250912

Jenorca Vasquez M

FIRMA DEL RESPONSABLE: Rosa Marina IPUS
Auxiliar Enfermeria

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73PRIN - 33 Fecha: 01 - 09 - 2025

Yo Robinson Melo 40 años con cedula de ciudadanía 1108928910 de Guamo, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo

(a) Emily Yuliana Melo Salgar 9 años TI: 1108936909

menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Robinson Melo
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1108928910 Guamo
Celular 3209790236

NORMY
Testigo
C.C. 53084591

Rosa Marina Ipus
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38-211-833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5260-2025 | | |
| **Solicitante:** | ROBINSON MELO | **Municipio Solicitante:** | GUAMO/VEREDA PRINGAMOSAL DIAMANTE |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | EMYLY YULIANA MELO SALGAR | **Identificación:** | RC / 1108936909 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 9 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-12 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73PRIN-34 Fecha: 01-09-2025

Yo Robinson Melo 40 años con cedula de ciudadanía 1108928910 de Guamo, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo (a) Damian Melo Salgar 10 años TI: 1203963420 menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Robinson Melo
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1108928910 Guamo
Celular 3209790236

Nory M
Testigo
C.C. 5308459

Rosa Marina Ipus
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38.211.833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5261-2025 | | |
| **Solicitante:** | ROBINSON MELO | **Municipio Solicitante:** | GUAMO/VEREDA PRINGAMOSAL DIAMANTE |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | DAMIAN MELO SALGAR | **Identificación:** | RC / 1203963420 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 10 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-12 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73PRIN-35 Fecha: 01-09-2025

Yo Robinson Melo 40 años con cedula de ciudadanía 1108928910 de Guamo, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo (a) Jareth Sofia Salgar Rodriguez 15 años TI: 1108932952 menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Robinson Melo
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1108928910 Guamo
Celular 3112579782

NORI MH
Testigo
C.C. 53084591

Rosa Marina IPUS
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38.211.833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5262-2025 | | |
| **Solicitante:** | ROBINSON MELO | **Municipio Solicitante:** | GUAMO/VEREDA PRINGAMOSAL DIAMANTE |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | JARETH SOFIA SALGAR RODRIGUEZ | **Identificación:** | RC / 1108932952 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 15 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-12 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73PRIN-36 Fecha: 02-09-2025

Yo Yuly Andrea Melo Barreto 39 años. con cedula de ciudadanía 1108928221 de Guamo., declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo 5 años (a) Joel Alexander Cardenas melo RC:1140937902 menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Yuliandrea melo Barreto
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1108928221 Guamo
Celular 3112579782

NJRM
Testigo
C.C. 5308591

Rosa Marina IPUS
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38-211-833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5263-2025 | | |
| **Solicitante:** | YULY ANDREA MELO BARRETO | **Municipio Solicitante:** | GUAMO/VEREDA PRINGAMOSAL DIAMANTE |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | JOEL ALEXANDER CARDENAS MELO | **Identificación:** | RC / 1140937902 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 5 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-12 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

# *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73PRIN-37 Fecha: 02-09-2025

Yo Yuly Andrea Melo Barreto 39 años con cedula de ciudadanía 1108928221 de Guamo, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo 7 años

(a) Andres Felipe Cardenas Melo RC: 1233514195 menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Yuli andrea melo Barreto
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1108928221 Guamo
Celular
3112579782

NURI MM
Testigo
C.C. 5308 y 591

Rosa Marina Ipus
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38-211-833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5264-2025 | | |
| **Solicitante:** | YULY ANDREA MELO BARRETO | **Municipio Solicitante:** | GUAMO/VEREDA PRINGAMOSAL DIAMANTE |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | ANDRES FELIPE CARDENAS MELO | **Identificación:** | RC / 1233514195 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 7 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-12 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E. RIO BLANCO - TOLIMA
NIT. 890700694-4
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 1458 DE 2025

| GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA<br>HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E | | | | | Acta No.<br>10 |
|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de Actividad | | | Hora inicio: | Hora finalización: | Lugar de Inspecciones | Acta Redactada por: |
| Días | Mes | Año | 6:00 am | 4:00 pm | Vereda potrerillo | PAOLA ANDREA MACIAS |
| 4-5-6 | 09 | 2025 | | | | |
| MUNICIPIO | | | COELLO | | | |
| BARRIO O VEREDA | | | POTRERILLO | | | |

**ZONA: URBANA _____ RURAL X**

**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** CARACTERIZACIÓN ESTUDIO DE FOCOS LV EN NIÑOS

**TEMA(S) INTERVENIDOS:** TOMA DE MUESTRAS SEROLOGICAS EN NIÑOS

**OBJETIVO(S):** **Sensibilización sobre el control social de la Leishmaniasis Visceral**, orientada a la reducción de la morbimortalidad mediante la disminución de oportunidades de transmisión, el control de vectores y reservorios, así como la identificación de riesgos para la población residente y/o visitante. Esta estrategia se desarrolla a través de la toma de muestras serológicas en niños, con el fin de detectar casos positivos de Leishmaniasis Visceral y fortalecer la vigilancia epidemiológica.

**POBLACIÓN OBJETO:** Niños Menores de edad de 15 años habitantes de la vereda potrerillo
.

**NÚMERO DE MUESTRAS TOMADAS A NIÑOS: 4 muestras**

**Procedimiento de Intervención Domiciliaria para la Prevención y Control de la Leishmaniasis Visceral.**

**Ingreso a la Vivienda:**

- Al llegar a la vivienda, se realiza un saludo cordial a los habitantes.
- Se procede con la presentación personal, institucional y del programa de prevención y control de la Leishmaniasis Visceral.

**Socialización de Información:**

- Se brinda información clara, breve y pertinente sobre la Leishmaniasis Visceral, utilizando material didáctico como rotafolios.
- Se explican las formas de transmisión, síntomas, factores de riesgo y consecuencias de la enfermedad.

**Promoción de Hábitos Protectores:**

- Se brinda orientación sobre los hábitos protectores que deben ser adoptados por la familia.

- Se realiza observación directa en la vivienda para verificar el uso de medidas preventivas como toldillos o mallas en camas o ventanas.

**Inspección del Entorno Domiciliario:**

- Se procede a realizar una inspección completa de la vivienda y su entorno, en búsqueda de posibles focos de reproducción del vector (*Lutzomyia*), como criaderos, acumulación de residuos orgánicos, materia vegetal en descomposición, etc.
- Se identifican posibles reservorios animales (especialmente caninos) que presenten signos clínicos compatibles con Leishmaniasis Visceral.
- Se explica al jefe de hogar la necesidad de realizar una toma de muestra serológica a los caninos sintomáticos, la cual será realizada por la profesional veterinaria.

**Toma de Muestras Serológicas:**

- La auxiliar de enfermería (Rosa Ipus) procederá con la toma de muestras de sangre a los niños menores de 12 años de la vivienda.
- Las muestras serán transportadas para su procesamiento (centrifugación) en el laboratorio correspondiente del municipio, y posteriormente remitidas al Laboratorio de Salud Pública para su análisis definitivo.

**Registro y Consentimiento:**

- Se diligencia el Formato de Inspección de Leishmaniasis Visceral, registrando la información de todas las personas que conforman el hogar.
- Se solicita la firma del jefe del hogar, junto con su número de cédula de ciudadanía, como constancia de la visita y del consentimiento informado para la toma de muestras.

**Cierre de la Visita:**

- Se reitera la importancia de la prevención, la identificación temprana de posibles reservorios, y la colaboración comunitaria en la lucha contra la enfermedad.
- Se agradece al jefe del hogar y a la familia por permitir la visita, inspección y colaboración durante la jornada.

Finalizando se da gracias a la persona por haber permitido la inspección en la vivienda.

**RESULTADOS:** Se logró la sensibilización de las familias visitadas respecto a la **prevención y control de la Leishmaniasis Visceral**, mediante la promoción de prácticas protectoras permanentes dentro de sus viviendas y entornos familiares y se realiza la toma de muestra del menor.

Especial énfasis se hizo en:

- La adecuada disposición final de residuos orgánicos como estrategia para reducir los criaderos del vector (*Lutzomyia*).
- La tenencia responsable de caninos, con el objetivo de disminuir el riesgo de mantener reservorios infectados dentro del entorno domiciliario.
- La identificación y modificación de factores de riesgo ambientales, promoviendo entornos más seguros para la población infantil e inmunocomprometida.

**Compromisos Adquiridos por la Comunidad:**

**Realizar el correcto desecho de materia orgánica**, evitando su acumulación en patios, huertas o solares, ya que representa un posible criadero para el vector (conocido comúnmente como "capotillo").

**Disponer adecuadamente las heces de los caninos**, incluyendo aquellas contenidas en cocheras, patios o galpones, para evitar focos de insalubridad y riesgo de transmisión.

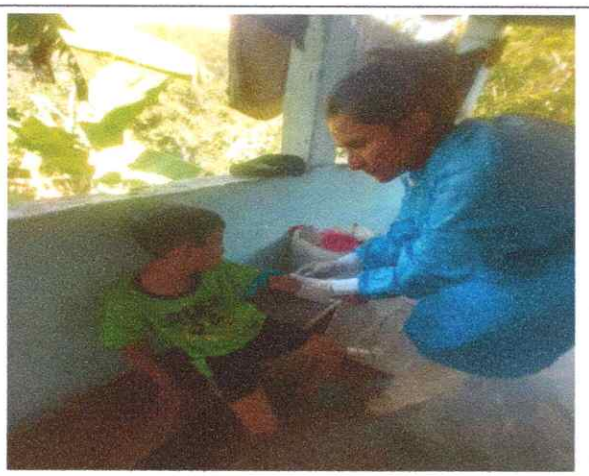
**Utilizar ropa adecuada (manga larga, pantalón) y repelente** al momento de realizar labores agrícolas como el corte de hoja de cachaco, desechando correctamente la vaina, que puede atraer al vector.

**Evitar el hacinamiento de caninos** en las viviendas, regulando su número y condiciones de estancia, como medida preventiva frente a posibles contagios entre animales y hacia las personas.

**Informar oportunamente a la Alcaldía Municipal** o entidad de salud más cercana sobre la presencia de animales enfermos o con signos clínicos compatibles con Leishmaniasis, con el fin de activar los protocolos de vigilancia, diagnóstico y control.

HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E. RIO BLANCO - TOLIMA
NIT. 890700694-4
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 1458 DE 2025

## REGISTRO FOTOGRÁFICO



No.1: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras



No.2: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras



No.3: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras



No.4: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras

**FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:**

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA | | Código: LSP-FOR-IV-112<br>Versión 02<br>Pág 1 de 1 |
|---|---|---|---|
| | MACROPROCESO | INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL | Vigente desde: 3/102016 |
| | CARACTERIZACIÓN ESTUDIO DE FOCOS LEISHMANIA VISCERAL A NIÑOS | | |

DEPARTAMENTO: TOLIMA CÓDIGO DPTO.: 73 FECHA: 04 - 05 - Y 06 Septiembre 2025

MUNICIPIO: Coello tolima CÓDIGO DEL MUNICIPIO: 200

VEREDA: Potrerillo CÓDIGO DE LA VEREDA: 014

RELACIÓN VIVIENDAS DONDE SE TOMARAN MUESTRAS A NIÑOS

| CÓDIGO ENCUESTA | NO. DE MUESTRA | DIRECCIÓN | NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | EDAD EN AÑOS | NOMBRE DEL PADRE O MADRE | RESULTADO DE LA PRUEBA RAPIDA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N73200 014 -38 | 38 | Vereda Potrerillo | Kevin Estiven Cespede Cespede | TI: 1109003049 | 14 años | Mario Alberto Bonilla | |
| N73200 014 -39 | 39 | Vereda Potrerillo | Sara Sofia Bonilla Cespede | TI: 1109265677 | 12 años | Mario Alberto Bonilla | |
| N73200 014-40 | 40 | Vereda Potrerillo | Matias Millan Bonilla | TI: 1023409899 | 9 años | Marcela Bonilla | |
| N73200 014-41 | 41 | Vereda Potrerillo | Sebastian Pardo Bonilla | TI: 1188969518 | 11 años | Luz Maria Bonilla | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RESULTADOS DE LAS MUESTRAS : P: POSITIVA N: NEGATIVA

FECHA DE ENTREGA: 250912

Rosa Maria IPUS

FIRMA DEL RESPONSABLE: Rosa Maria IPUS

Auxiliar Enfermeria

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N732000014-38 Fecha: 04-09-2025

Yo Mario Alberto Bonilla 43 años con cedula de ciudadanía _____ de Coello, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo 14 años (a) Kevin Estiven Cespede Cespede TI: 1109003049 menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Mario Alberto Bonilla
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1109265567 Coello
Celular 3223768557

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006149667

Rosa Marina IPUS
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento
C. C. 38211833 Ibague

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5265-2025 | | |
| **Solicitante:** | MARIO ALBERTO BONILLA | **Municipio Solicitante:** | COELLO/VEREDA POTRERILLO |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | KEVIN ESTIVEN CESPEDES CESPEDES | **Identificación:** | RC / 1109003049 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 14 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-12 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N732000014-39 Fecha: 04-09-2025

Yo Mario Alberto Bonilla 43 años con cedula de ciudadanía 1109265561 de Coello, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo 12 años (a) Sara Sofia Bonilla Cespede TI: 1109265677 menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Mario Alberto Bonilla
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1109265567 Coello
Celular 3223768557

Franci Moreno
Testigo
C.C.

Rosa Marina Ipus
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38211833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5266-2025 | | |
| **Solicitante:** | MARIO ALBERTO BONILLA | **Municipio Solicitante:** | COELLO/VEREDA POTRERILLO |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | SARA SOFIA BONILLA CESPEDES | **Identificación:** | RC / 1109265677 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 12 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-12 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N732000 14-40 Fecha: 05-09-2025

Yo Marcela Bonilla 37 años con cedula de ciudadanía 1109264381 de Coello, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo (a) Matias Millan Bonilla TI: 1023409899 9 años menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

× Marcela Bonilla
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1109264381
Celular 3112828018

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006749667

Rosa Manna IPS
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38-211-833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5267-2025 | | |
| **Solicitante:** | MARCELA BONILLA | **Municipio Solicitante:** | COELLO/VEREDA POTRERILLO |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | MATIAS MILLAN BONILLA | **Identificación:** | RC / 1023409899 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 9 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-12 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N732000l4-41 Fecha: 06-09-2025

Yo Luz María Bonilla 56 años con cedula de ciudadanía 52460040 de Coello, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo (a) Sebastian Pardo Bonilla 11 años TI: 1188969518 menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Luz María Bonilla
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 52460040
Celular 3133052182

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006749667

Rosa Marina IPUS
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38.211.833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5268-2025 | | |
| **Solicitante:** | LUZ MARIA BONILLA | **Municipio Solicitante:** | COELLO/VEREDA POTRERILLO |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | SEBASTIAN PARDO BONILLA | **Identificación:** | RC / 1188969518 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 11 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-12 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E. RIO BLANCO - TOLIMA
NIT. 890700694-4
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 1458 DE 2025

| GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA<br>HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E | | | | | Acta No.<br>11 |
|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de Actividad | | | Hora inicio: | Hora finalización: | Lugar de Inspecciones | Acta Redactada por: |
| Días | Mes | Año | 6:00 am | 4:00 pm | Vereda cunira | PAOLA ANDREA MACIAS |
| 8-9-10 | 09 | 2025 | | | | |
| MUNICIPIO | | | COELLO | | | |
| BARRIO O VEREDA | | | CUNIRA | | | |
| ZONA: URBANA _____ RURAL X | | | | | | |

**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** CARACTERIZACIÓN ESTUDIO DE FOCOS LV EN NIÑOS

**TEMA(S) INTERVENIDOS:** TOMA DE MUESTRAS SEROLOGICAS EN NIÑOS

**OBJETIVO(S):** **Sensibilización sobre el control social de la Leishmaniasis Visceral**, orientada a la reducción de la morbimortalidad mediante la disminución de oportunidades de transmisión, el control de vectores y reservorios, así como la identificación de riesgos para la población residente y/o visitante. Esta estrategia se desarrolla a través de la toma de muestras serológicas en niños, con el fin de detectar casos positivos de Leishmaniasis Visceral y fortalecer la vigilancia epidemiológica.

**POBLACIÓN OBJETO:** Niños Menores de edad de 15 años habitantes de la vereda cunira
.

**NÚMERO DE MUESTRAS TOMADAS A NIÑOS: 4 muestras**

**Procedimiento de Intervención Domiciliaria para la Prevención y Control de la Leishmaniasis Visceral.**

**Ingreso a la Vivienda:**

- Al llegar a la vivienda, se realiza un saludo cordial a los habitantes.
- Se procede con la presentación personal, institucional y del programa de prevención y control de la Leishmaniasis Visceral.

**Socialización de Información:**

- Se brinda información clara, breve y pertinente sobre la Leishmaniasis Visceral, utilizando material didáctico como rotafolios.
- Se explican las formas de transmisión, síntomas, factores de riesgo y consecuencias de la enfermedad.

**Promoción de Hábitos Protectores:**

- Se brinda orientación sobre los hábitos protectores que deben ser adoptados por la familia.

- Se realiza observación directa en la vivienda para verificar el uso de medidas preventivas como toldillos o mallas en camas o ventanas.

**Inspección del Entorno Domiciliario:**

- Se procede a realizar una inspección completa de la vivienda y su entorno, en búsqueda de posibles focos de reproducción del vector (*Lutzomyia*), como criaderos, acumulación de residuos orgánicos, materia vegetal en descomposición, etc.
- Se identifican posibles reservorios animales (especialmente caninos) que presenten signos clínicos compatibles con Leishmaniasis Visceral.
- Se explica al jefe de hogar la necesidad de realizar una toma de muestra serológica a los caninos sintomáticos, la cual será realizada por la profesional veterinaria.

**Toma de Muestras Serológicas:**

- La auxiliar de enfermería (Rosa Ipus) procederá con la toma de muestras de sangre a los niños menores de 12 años de la vivienda.
- Las muestras serán transportadas para su procesamiento (centrifugación) en el laboratorio correspondiente del municipio, y posteriormente remitidas al Laboratorio de Salud Pública para su análisis definitivo.

**Registro y Consentimiento:**

- Se diligencia el Formato de Inspección de Leishmaniasis Visceral, registrando la información de todas las personas que conforman el hogar.
- Se solicita la firma del jefe del hogar, junto con su número de cédula de ciudadanía, como constancia de la visita y del consentimiento informado para la toma de muestras.

**Cierre de la Visita:**

- Se reitera la importancia de la prevención, la identificación temprana de posibles reservorios, y la colaboración comunitaria en la lucha contra la enfermedad.
- Se agradece al jefe del hogar y a la familia por permitir la visita, inspección y colaboración durante la jornada.

Finalizando se da gracias a la persona por haber permitido la inspección en la vivienda.

**RESULTADOS:** Se logró la sensibilización de las familias visitadas respecto a la **prevención y control de la Leishmaniasis Visceral**, mediante la promoción de prácticas protectoras permanentes dentro de sus viviendas y entornos familiares y se realiza la toma de muestra del menor.

Especial énfasis se hizo en:

- La adecuada disposición final de residuos orgánicos como estrategia para reducir los criaderos del vector (*Lutzomyia*).
- La tenencia responsable de caninos, con el objetivo de disminuir el riesgo de mantener reservorios infectados dentro del entorno domiciliario.
- La identificación y modificación de factores de riesgo ambientales, promoviendo entornos más seguros para la población infantil e inmunocomprometida.

**Compromisos Adquiridos por la Comunidad:**

**Realizar el correcto desecho de materia orgánica**, evitando su acumulación en patios, huertas o solares, ya que representa un posible criadero para el vector (conocido comúnmente como "capotillo").

**Disponer adecuadamente las heces de los caninos**, incluyendo aquellas contenidas en cocheras, patios o galpones, para evitar focos de insalubridad y riesgo de transmisión.

**Utilizar ropa adecuada (manga larga, pantalón) y repelente** al momento de realizar labores agrícolas como el corte de hoja de cachaco, desechando correctamente la vaina, que puede atraer al vector.

**Evitar el hacinamiento de caninos** en las viviendas, regulando su número y condiciones de estancia, como medida preventiva frente a posibles contagios entre animales y hacia las personas.

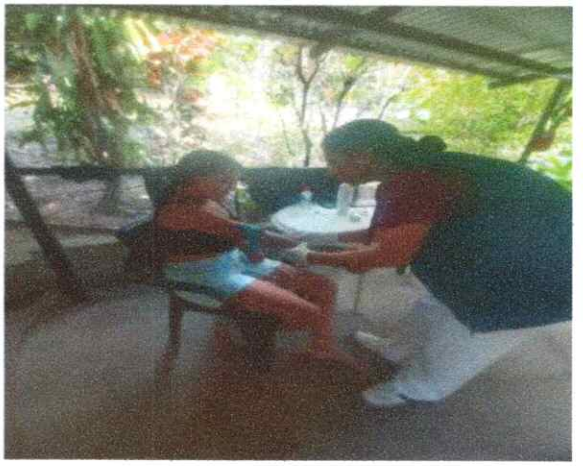
**Informar oportunamente a la Alcaldía Municipal** o entidad de salud más cercana sobre la presencia de animales enfermos o con signos clínicos compatibles con Leishmaniasis, con el fin de activar los protocolos de vigilancia, diagnóstico y control.

HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E. RIO BLANCO - TOLIMA
NIT. 890700694-4
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 1458 DE 2025

## REGISTRO FOTOGRÁFICO



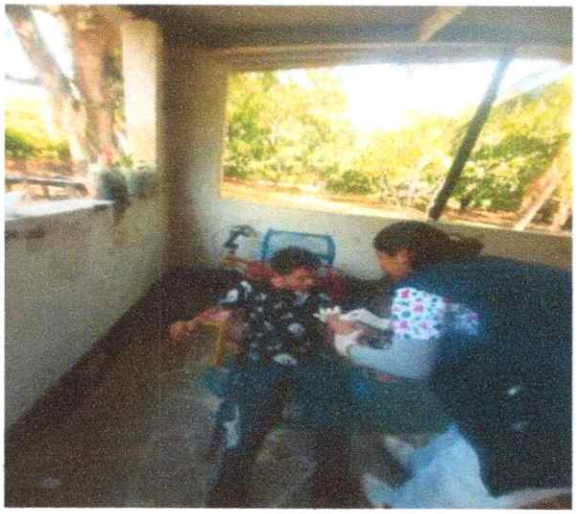
No.1: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras



No.2: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras



No.3: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras



No.4: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras

**FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:**

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA | | Código: LSP-FOR-IV-112<br>Versión 02<br>Pág 1 de 1 |
|---|---|---|---|
| | MACROPROCESO | INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL | Vigente desde: 3/102016 |
| | CARACTERIZACIÓN ESTUDIO DE FOCOS LEISHMANIA VISCERAL A NIÑOS | | |

DEPARTAMENTO: TOLIMA CÓDIGO DPTO.: 73 FECHA: 08 - 09 y 10 Septiembre 2025

MUNICIPIO: Coello Tolima CÓDIGO DEL MUNICIPIO: 200

VEREDA: Cunira CÓDIGO DE LA VEREDA: 006

RELACIÓN VIVIENDAS DONDE SE TOMARAN MUESTRAS A NIÑOS

| CÓDIGO ENCUESTA | NO. DE MUESTRA | DIRECCIÓN | NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | EDAD EN AÑOS | NOMBRE DEL PADRE O MADRE | RESULTADO DE LA PRUEBA RAPIDA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N73200 006-42 | 42 | Vereda Cunira | Cesar Alfonso Vega Gutierrez | TI: 1188966708 | 14 años | Maria Eugenia Gutierrez | |
| N73200 006-43 | 43 | Vereda Cunira | Emanuel David urrea | TI: 1189716695 | 8 años | Yineth Alejandra urrea | |
| N73200 006-44 | 44 | Vereda Cunira | Fabiana Valentina Olivo Gonzalez | TI: 33635289 | 15 años | Yulimar Carolina Gonzales | |
| N73200 006-45 | 45 | Vereda Cunira | Greilymar Gonzales | TI: 7886675 | 8 años | Yulimar Carolina Gonzales | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RESULTADOS DE LAS MUESTRAS : P: POSITIVA N: NEGATIVA

FECHA DE ENTREGA: 250912

Laura Vasquez

FIRMA DEL RESPONSABLE: Rosa Marina Ipus

Auxiliar Enfermeria

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73200006-42 Fecha: 08-09-2025

Yo María Eugenia Gutierrez 49 años con cedula de ciudadanía 28.637.727 de Coello, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo

(a) Cesar Alfonso Vega Gutierrez TI: 1188966708 14 años

menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

María Eugenia Gutierrez
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 28637727
Celular 3115649119

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006749667

Rosa Marina Ipus
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38.211.833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5269-2025 | | |
| **Solicitante:** | MARIA EUGENIA GUTIERREZ | **Municipio Solicitante:** | COELLO/VEREDA CUNIRA |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | CESAR ALFONSO VEGA GUTIERREZ | **Identificación:** | RC / 1188966708 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 14 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-12 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73200006-43 Fecha: 09-09-2025

Yo Yineth Alejandra urrea 24 años con cedula de ciudadanía 1005700437 de Mariquita T. declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo

(a) Emanuel David urrea 8 años TI: 1189716695 menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

xAlejandra urrea
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1005700437
Celular 3138025553

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006749669

Rosa Marina IPUS
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38211833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5270-2025 | | |
| **Solicitante:** | YINETH ALEJANDRA URREA | **Municipio Solicitante:** | COELLO/VEREDA CUNIRA |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | EMANUEL DAVID URREA | **Identificación:** | RC / 1189716695 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 8 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-12 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73200006-44 Fecha: 09-09-2025

Yo Yulimar Carolina Gonzalez 31 años con cedula de ciudadanía 25178020 de Venezuela, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo 15 años (a) Fabiana Valentina olivo Gonzales TI: 33635289 menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Yulimar Gonzalez
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 25178020 Venezuela
Celular 3244637202

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006749667

Rosa Marina IPUS
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38.211.833 Ibague

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5271-2025 | | |
| **Solicitante:** | YULIMAR CAROLINA GONZALES | **Municipio Solicitante:** | COELLO/VEREDA CUNIRA |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | FABIANA VALENTINA OLIVO GONZALEZ | **Identificación:** | RC / 33635289 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 15 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-12 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

# *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73200006-45 Fecha: 10-09-2025

Yo Yulimar Carolina Gonzalez 31 años con cedula de ciudadanía 25178020 de Venezuela, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo

(a) Greilymar Gonzales 8 años TI: 7886675

menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Yulimar Gonzalez
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 25178020 Venezuela
Celular 3244637202

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006749667

Rosa Marina IPUS
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento
C. C. 38.211.833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5272-2025 | | |
| **Solicitante:** | YULIMAR CAROLINA GONZALES | **Municipio Solicitante:** | COELLO/VEREDA CUNIRA |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | GREILYMAR GONZALES | **Identificación:** | RC / 7886675 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 8 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-12 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E. RIO BLANCO - TOLIMA
NIT. 890700694-4
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 1458 DE 2025

| GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA<br>HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E | Acta No.<br>12 |
|---|---|

| Fecha de Actividad | | | Hora inicio: | Hora finalización: | Lugar de Inspecciones | Acta Redactada por: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Días | Mes | Año | 6:00 am | 4:00 pm | Vereda la salada | PAOLA ANDREA MACIAS |
| 11-12-13 | 09 | 2025 | | | | |
| MUNICIPIO | | | SUAREZ | | | |
| BARRIO O VEREDA | | | LA SALADA | | | |

**ZONA: URBANA _____ RURAL X**

**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** CARACTERIZACIÓN ESTUDIO DE FOCOS LV EN NIÑOS

**TEMA(S) INTERVENIDOS:** TOMA DE MUESTRAS SEROLOGICAS EN NIÑOS

**OBJETIVO(S):** **Sensibilización sobre el control social de la Leishmaniasis Visceral**, orientada a la reducción de la morbimortalidad mediante la disminución de oportunidades de transmisión, el control de vectores y reservorios, así como la identificación de riesgos para la población residente y/o visitante. Esta estrategia se desarrolla a través de la toma de muestras serológicas en niños, con el fin de detectar casos positivos de Leishmaniasis Visceral y fortalecer la vigilancia epidemiológica.

**POBLACIÓN OBJETO:** Niños Menores de edad de 15 años habitantes de la vereda la salada
.

**NÚMERO DE MUESTRAS TOMADAS A NIÑOS: 5 muestras**

**Procedimiento de Intervención Domiciliaria para la Prevención y Control de la Leishmaniasis Visceral.**

**Ingreso a la Vivienda:**

- Al llegar a la vivienda, se realiza un saludo cordial a los habitantes.
- Se procede con la presentación personal, institucional y del programa de prevención y control de la Leishmaniasis Visceral.

**Socialización de Información:**

- Se brinda información clara, breve y pertinente sobre la Leishmaniasis Visceral, utilizando material didáctico como rotafolios.
- Se explican las formas de transmisión, síntomas, factores de riesgo y consecuencias de la enfermedad.

**Promoción de Hábitos Protectores:**

- Se brinda orientación sobre los hábitos protectores que deben ser adoptados por la familia.

- Se realiza observación directa en la vivienda para verificar el uso de medidas preventivas como toldillos o mallas en camas o ventanas.

**Inspección del Entorno Domiciliario:**

- Se procede a realizar una inspección completa de la vivienda y su entorno, en búsqueda de posibles focos de reproducción del vector (*Lutzomyia*), como criaderos, acumulación de residuos orgánicos, materia vegetal en descomposición, etc.
- Se identifican posibles reservorios animales (especialmente caninos) que presenten signos clínicos compatibles con Leishmaniasis Visceral.
- Se explica al jefe de hogar la necesidad de realizar una toma de muestra serológica a los caninos sintomáticos, la cual será realizada por la profesional veterinaria.

**Toma de Muestras Serológicas:**

- La auxiliar de enfermería (Rosa Ipus) procederá con la toma de muestras de sangre a los niños menores de 12 años de la vivienda.
- Las muestras serán transportadas para su procesamiento (centrifugación) en el laboratorio correspondiente del municipio, y posteriormente remitidas al Laboratorio de Salud Pública para su análisis definitivo.

**Registro y Consentimiento:**

- Se diligencia el Formato de Inspección de Leishmaniasis Visceral, registrando la información de todas las personas que conforman el hogar.
- Se solicita la firma del jefe del hogar, junto con su número de cédula de ciudadanía, como constancia de la visita y del consentimiento informado para la toma de muestras.

**Cierre de la Visita:**

- Se reitera la importancia de la prevención, la identificación temprana de posibles reservorios, y la colaboración comunitaria en la lucha contra la enfermedad.
- Se agradece al jefe del hogar y a la familia por permitir la visita, inspección y colaboración durante la jornada.

Finalizando se da gracias a la persona por haber permitido la inspección en la vivienda.

**RESULTADOS:** Se logró la sensibilización de las familias visitadas respecto a la **prevención y control de la Leishmaniasis Visceral**, mediante la promoción de prácticas protectoras permanentes dentro de sus viviendas y entornos familiares y se realiza la toma de muestra del menor.

Especial énfasis se hizo en:

- La adecuada disposición final de residuos orgánicos como estrategia para reducir los criaderos del vector (*Lutzomyia*).
- La tenencia responsable de caninos, con el objetivo de disminuir el riesgo de mantener reservorios infectados dentro del entorno domiciliario.
- La identificación y modificación de factores de riesgo ambientales, promoviendo entornos más seguros para la población infantil e inmunocomprometida.

**Compromisos Adquiridos por la Comunidad:**

**Realizar el correcto desecho de materia orgánica**, evitando su acumulación en patios, huertas o solares, ya que representa un posible criadero para el vector (conocido comúnmente como "capotillo").

**Disponer adecuadamente las heces de los caninos**, incluyendo aquellas contenidas en cocheras, patios o galpones, para evitar focos de insalubridad y riesgo de transmisión.

**Utilizar ropa adecuada (manga larga, pantalón) y repelente** al momento de realizar labores agrícolas como el corte de hoja de cachaco, desechando correctamente la vaina, que puede atraer al vector.

**Evitar el hacinamiento de caninos** en las viviendas, regulando su número y condiciones de estancia, como medida preventiva frente a posibles contagios entre animales y hacia las personas.

**Informar oportunamente a la Alcaldía Municipal** o entidad de salud más cercana sobre la presencia de animales enfermos o con signos clínicos compatibles con Leishmaniasis, con el fin de activar los protocolos de vigilancia, diagnóstico y control.

## REGISTRO FOTOGRÁFICO



No.1: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras



No.2: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras



No.3: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras



No.4: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras

**FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:**

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA | | Código: LSP-FOR-IV-112<br>Versión 02<br>Pág 1 de 1 |
|---|---|---|---|
| | MACROPROCESO | INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL | Vigente desde: 3/102016 |
| | CARACTERIZACIÓN ESTUDIO DE FOCOS LEISHMANIA VISCERAL A NIÑOS | | |

DEPARTAMENTO: TOLIMA CÓDIGO DPTO.: 73 FECHA: 11-12 y 13 septiembre 2025

MUNICIPIO: Suarez Tolima CÓDIGO DEL MUNICIPIO: 770

VEREDA: La Salada CÓDIGO DE LA VEREDA: 010

RELACIÓN VIVIENDAS DONDE SE TOMARAN MUESTRAS A NIÑOS

| CÓDIGO ENCUESTA | NO. DE MUESTRA | DIRECCIÓN | NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | EDAD EN AÑOS | NOMBRE DEL PADRE O MADRE | RESULTADO DE LA PRUEBA RAPIDA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N73770 010-46 | 46 | Vereda La Salada | Samuel Galeano TaFur | TI: 1201468627 | 10 años | wilson Galeano | |
| N73770 010-47 | 47 | Vereda La Salada | Maria Angel Pulgarin Holguin | TI: 1102012243 | 11 años | Nidia Pulgarin Holguin | |
| N73770 010-48 | 48 | Vereda La salada | Miguel Angel Arias Durango | RC: 1188774379 | 2 años | Maricela Durango | |
| N73770 010-49 | 49 | Vereda La Salada | Kevin Andres Salcedo | TI: 1110262730 | 15 años | Lucero Calderon | |
| N73770 010-50 | 50 | Vereda La Salada | Yennifer Leal Ovredo | TI: 1188968014 | 15 años | Maria Teresa Galeano | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RESULTADOS DE LAS MUESTRAS : P: POSITIVA N: NEGATIVA

FECHA DE ENTREGA: 20 JUNIO

FIRMA DEL RESPONSABLE: Rosa Marina IPUS
Auxiliar Enfermeria

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73770010-46 Fecha: 11-09-2025

Yo Wilson Galeano 47 años con cedula de ciudadanía 93.133.906 de Espinal, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo 10 años.

(a) Samel Galeano TaFur TI: 1201468627

menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

x
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 93133906 Espinal
Celular 3227133085

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006749667

Rosa Marina IPUS
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38.211.833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5663-2025 | | |
| **Solicitante:** | WILSON GALEANO | **Municipio Solicitante:** | SUAREZ/VEREDA LA SALADA |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | SAMUEL GALEANO TAFUR | **Identificación:** | RC / 10014668627 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 10 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73770010-47 Fecha: 11-09-2025

Yo Nidia Pulgarin Holguin 35 años con cedula de ciudadanía 1022094979 de Antioquia, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo 11 años

(a) Maria Angel Pulgarin Holguin TI:1102012243 menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Nidia Pulgarin Holguin.
Firma persona que da el consentimiento
C.C: 1022094979. Antioquia.
Celular 3127908706

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006149667

Rosa Marina Ipus
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38-211.833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5664-2025 | | |
| **Solicitante:** | NIDIA PULGARIN HOLGUIN | **Municipio Solicitante:** | SUAREZ/VEREDA LA SALADA |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | MARIA ANGEL PULGARIN HOLGUIN | **Identificación:** | RC / 1102012243 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 11 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N737700010-48 Fecha: 12-09-2025

Yo Maricela Durango 29 años con cedula de ciudadanía 1003143065 de Cerete Cordoba, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo

(a) Miguel Angel Arias Durango RC: 1188774379 2años menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Maricela Durango
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1003143065 Cerete
3124876943

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006749667

Rosa Marina Ipus
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38.211.833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5665-2025 | | |
| **Solicitante:** | MARICELA DURANGO | **Municipio Solicitante:** | SUAREZ/VEREDA LA SALADA |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | MIGUEL ANGEL ARIAS DURANGO | **Identificación:** | RC / 1188774379 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 2 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73770010-49 Fecha: 13-09-2025

Yo Lucero Calderon 46 años con cedula de ciudadanía 28964032 de Suaret, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo 15 años (a) Kevin Andres Salcedo TI: 1110262730 menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Lucero Calderón
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 28964032 Suaret
Celular 3134943983

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006749667

Rosa Marina IPUS
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38211833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5666-2025 | | |
| **Solicitante:** | LUCERO CALDERON | **Municipio Solicitante:** | SUAREZ/VEREDA LA SALADA |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | KEVIN ANDRES CALDERON | **Identificación:** | RC / 1110262730 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 15 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73770010-50 Fecha: 13-09-2025

Yo Maria Teresa Galeano 57 años con cedula de ciudadanía 39563011 de Girardot, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo

15años

(a) Yennifer Leal ovicdo TI: 1188968014

menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Maria Teresa Galeano A
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 39563011 Girardot
celular 3157139466
3162968739.

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006749667

Rosa Marina Ipus
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38.211.833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5667-2025 | | |
| **Solicitante:** | MARIA TERESA GALEANO | **Municipio Solicitante:** | SUAREZ/VEREDA LA SALADA |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | YENNIFER LEAL OVIEDO | **Identificación:** | RC / 1188968014 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 15 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E. RIO BLANCO - TOLIMA
NIT. 890700694-4
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 1458 DE 2025

| GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA<br>HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E | | | | | Acta No.<br>13 |
|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de Actividad | | | Hora inicio: | Hora finalización: | Lugar de Inspecciones | Acta Redactada por: |
| Días | Mes | Año | 6:00 am | 4:00 pm | Vereda aguas claras | PAOLA ANDREA MACIAS |
| 14-15 | 09 | 2025 | | | | |
| MUNICIPIO | | | SUAREZ | | | |
| BARRIO O VEREDA | | | AGUAS CLARAS | | | |

**ZONA: URBANA _____ RURAL X**

**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** CARACTERIZACIÓN ESTUDIO DE FOCOS LV EN NIÑOS

**TEMA(S) INTERVENIDOS:** TOMA DE MUESTRAS SEROLOGICAS EN NIÑOS

**OBJETIVO(S):** **Sensibilización sobre el control social de la Leishmaniasis Visceral**, orientada a la reducción de la morbimortalidad mediante la disminución de oportunidades de transmisión, el control de vectores y reservorios, así como la identificación de riesgos para la población residente y/o visitante. Esta estrategia se desarrolla a través de la toma de muestras serológicas en niños, con el fin de detectar casos positivos de Leishmaniasis Visceral y fortalecer la vigilancia epidemiológica.

**POBLACIÓN OBJETO:** Niños Menores de edad de 15 años habitantes de la vereda aguas claras

.

**NÚMERO DE MUESTRAS TOMADAS A NIÑOS: 3 muestras**

**Procedimiento de Intervención Domiciliaria para la Prevención y Control de la Leishmaniasis Visceral.**

**Ingreso a la Vivienda:**

- Al llegar a la vivienda, se realiza un saludo cordial a los habitantes.
- Se procede con la presentación personal, institucional y del programa de prevención y control de la Leishmaniasis Visceral.

**Socialización de Información:**

- Se brinda información clara, breve y pertinente sobre la Leishmaniasis Visceral, utilizando material didáctico como rotafolios.
- Se explican las formas de transmisión, síntomas, factores de riesgo y consecuencias de la enfermedad.

**Promoción de Hábitos Protectores:**

- Se brinda orientación sobre los hábitos protectores que deben ser adoptados por la familia.

- Se realiza observación directa en la vivienda para verificar el uso de medidas preventivas como toldillos o mallas en camas o ventanas.

**Inspección del Entorno Domiciliario:**

- Se procede a realizar una inspección completa de la vivienda y su entorno, en búsqueda de posibles focos de reproducción del vector (*Lutzomyia*), como criaderos, acumulación de residuos orgánicos, materia vegetal en descomposición, etc.
- Se identifican posibles reservorios animales (especialmente caninos) que presenten signos clínicos compatibles con Leishmaniasis Visceral.
- Se explica al jefe de hogar la necesidad de realizar una toma de muestra serológica a los caninos sintomáticos, la cual será realizada por la profesional veterinaria.

**Toma de Muestras Serológicas:**

- La auxiliar de enfermería (Rosa Ipus) procederá con la toma de muestras de sangre a los niños menores de 12 años de la vivienda.
- Las muestras serán transportadas para su procesamiento (centrifugación) en el laboratorio correspondiente del municipio, y posteriormente remitidas al Laboratorio de Salud Pública para su análisis definitivo.

**Registro y Consentimiento:**

- Se diligencia el Formato de Inspección de Leishmaniasis Visceral, registrando la información de todas las personas que conforman el hogar.
- Se solicita la firma del jefe del hogar, junto con su número de cédula de ciudadanía, como constancia de la visita y del consentimiento informado para la toma de muestras.

**Cierre de la Visita:**

- Se reitera la importancia de la prevención, la identificación temprana de posibles reservorios, y la colaboración comunitaria en la lucha contra la enfermedad.
- Se agradece al jefe del hogar y a la familia por permitir la visita, inspección y colaboración durante la jornada.

Finalizando se da gracias a la persona por haber permitido la inspección en la vivienda.

**RESULTADOS:** Se logró la sensibilización de las familias visitadas respecto a la **prevención y control de la Leishmaniasis Visceral**, mediante la promoción de prácticas protectoras permanentes dentro de sus viviendas y entornos familiares y se realiza la toma de muestra del menor.

Especial énfasis se hizo en:

- La adecuada disposición final de residuos orgánicos como estrategia para reducir los criaderos del vector (*Lutzomyia*).
- La tenencia responsable de caninos, con el objetivo de disminuir el riesgo de mantener reservorios infectados dentro del entorno domiciliario.
- La identificación y modificación de factores de riesgo ambientales, promoviendo entornos más seguros para la población infantil e inmunocomprometida.

**Compromisos Adquiridos por la Comunidad:**

**Realizar el correcto desecho de materia orgánica**, evitando su acumulación en patios, huertas o solares, ya que representa un posible criadero para el vector (conocido comúnmente como "capotillo").

**Disponer adecuadamente las heces de los caninos**, incluyendo aquellas contenidas en cocheras, patios o galpones, para evitar focos de insalubridad y riesgo de transmisión.

**Utilizar ropa adecuada (manga larga, pantalón) y repelente** al momento de realizar labores agrícolas como el corte de hoja de cachaco, desechando correctamente la vaina, que puede atraer al vector.

**Evitar el hacinamiento de caninos** en las viviendas, regulando su número y condiciones de estancia, como medida preventiva frente a posibles contagios entre animales y hacia las personas.

**Informar oportunamente a la Alcaldía Municipal** o entidad de salud más cercana sobre la presencia de animales enfermos o con signos clínicos compatibles con Leishmaniasis, con el fin de activar los protocolos de vigilancia, diagnóstico y control.

HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E. RIO BLANCO - TOLIMA
NIT. 890700694-4
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 1458 DE 2025

## REGISTRO FOTOGRÁFICO



No.1: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras



No.2: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras



No.3: auxiliar rosa marina ipus toma de muestra

**FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:**

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA | | Código: LSP-FOR-IV-112<br>Versión 02<br>Pág 1 de 1 |
|---|---|---|---|
| | MACROPROCESO | INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL | Vigente desde: 3/102016 |
| | CARACTERIZACIÓN ESTUDIO DE FOCOS LEISHMANIA VISCERAL A NIÑOS | | |

DEPARTAMENTO: TOLIMA CÓDIGO DPTO.: 73 FECHA: 14 Y 15 Septiembre 2025

MUNICIPIO: Suarez Tolima CÓDIGO DEL MUNICIPIO: 770

VEREDA: Aguas claras CÓDIGO DE LA VEREDA: 002

**RELACIÓN VIVIENDAS DONDE SE TOMARAN MUESTRAS A NIÑOS**

| CÓDIGO ENCUESTA | NO. DE MUESTRA | DIRECCIÓN | NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | EDAD EN AÑOS | NOMBRE DEL PADRE O MADRE | RESULTADO DE LA PRUEBA RAPIDA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N73770 002-51 | 51 | Vereda Aguas claras | Elimelec Lopez Burgos | TI: 1106790350 | 8 años | Silbia Burgos Reyes | |
| N73770 002-52 | 52 | Vereda Aguas claras | Johan Smith Lopez Burgos | TI: 1106785944 | 11 años | Silbia Burgos Reyes | |
| N73770 002-53 | 53 | Vereda Aguas claras | Adriana Lucia Gontales Mendez | TI: 1102626 57 | 15 años | Yanira Medina Vasquez | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RESULTADOS DE LAS MUESTRAS : P: POSITIVA N: NEGATIVA

FECHA DE ENTREGA: 251003

FIRMA DEL RESPONSABLE: Rosa Marina Ipus
Auxiliar Enfermeria

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73770002-51 Fecha: 14-09-2025

Yo Silbia Burgos Reyes 38 años con cedula de ciudadanía 1110262250 de Suarez, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo

(a) Elimelec Lopez Burgos TI: 1106790350 8 años

menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

SILBIA BURGOS REYES
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1110262250 Suarez
Celular 3017122 15

Franci Moreno
Testigo
C.C.

Rosa Manna IPUS
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38.211.833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5668-2025 | | |
| **Solicitante:** | SILBIA BURGOS | **Municipio Solicitante:** | SUAREZ/VEREDA AGUAS CLARAS |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | ELIMELEC LOPEZ BURGOS | **Identificación:** | RC / 1106790350 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 8 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73770002-52 Fecha: 14-09-2025

Yo Silbia Burgos Reyes 38 años con cedula de ciudadanía 1110262250 de Suarez, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo 11 años (a) Johan Smith Lopez Burgos TI: 1106785944 menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Silbia BURGOS REYES
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1110262250 Suarez
Celular 3017122 15

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006149667

Rosa Marina IPUS
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento
C.C. 38211833 Ibague

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5669-2025 | | |
| **Solicitante:** | SILBIA BURGOS | **Municipio Solicitante:** | SUAREZ/VEREDA AGUAS CLARAS |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | JOHAN SMITH LOPEZ BURGOS | **Identificación:** | RC / 1106785944 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 11 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73770002-53 Fecha: 15-09-2025

Yo Yanira Medina Vasquez 36 años. con cedula de ciudadanía 1110262081 de Suarez, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo 15 años

(a) Adriana Lucia Gonzales Mendez TI: 1110262657 menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

x Yanira medina Vasquez
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1110262081 Suarez
Celular 3164598115

Franci Morend
Testigo
C.C.

Rosa Marina Ipus
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento
C.C. 38211833 Ibague.

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5670-2025 | | |
| **Solicitante:** | YANIRA MEDINA VASQUEZ | **Municipio Solicitante:** | SUAREZ/VEREDA AGUAS CLARAS |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | ADRIANA LUCIA GONZALES MENDEZ | **Identificación:** | RC / 1110262657 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 15 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E. RIO BLANCO - TOLIMA
NIT. 890700694-4
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 1458 DE 2025

| GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA<br>HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E | | | | | | Acta No.<br>14 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de Actividad | | | Hora inicio: | Hora finalización: | Lugar de Inspecciones | Acta Redactada por: |
| Días | Mes | Año | 6:00 am | 4:00 pm | Vereda hato viejo | PAOLA ANDREA MACIAS |
| 16-17-18-19 | 09 | 2025 | | | | |
| MUNICIPIO | | | SUAREZ | | | |
| BARRIO O VEREDA | | | HATO VIEJO | | | |

**ZONA: URBANA _____ RURAL X**

**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** CARACTERIZACIÓN ESTUDIO DE FOCOS LV EN NIÑOS

**TEMA(S) INTERVENIDOS:** TOMA DE MUESTRAS SEROLOGICAS EN NIÑOS

**OBJETIVO(S):** **Sensibilización sobre el control social de la Leishmaniasis Visceral**, orientada a la reducción de la morbimortalidad mediante la disminución de oportunidades de transmisión, el control de vectores y reservorios, así como la identificación de riesgos para la población residente y/o visitante. Esta estrategia se desarrolla a través de la toma de muestras serológicas en niños, con el fin de detectar casos positivos de Leishmaniasis Visceral y fortalecer la vigilancia epidemiológica.

**POBLACIÓN OBJETO:** Niños Menores de edad de 15 años habitantes de la vereda hato viejo
.

**NÚMERO DE MUESTRAS TOMADAS A NIÑOS: 8 muestras**

**Procedimiento de Intervención Domiciliaria para la Prevención y Control de la Leishmaniasis Visceral.**

**Ingreso a la Vivienda:**

- Al llegar a la vivienda, se realiza un saludo cordial a los habitantes.
- Se procede con la presentación personal, institucional y del programa de prevención y control de la Leishmaniasis Visceral.

**Socialización de Información:**

- Se brinda información clara, breve y pertinente sobre la Leishmaniasis Visceral, utilizando material didáctico como rotafolios.
- Se explican las formas de transmisión, síntomas, factores de riesgo y consecuencias de la enfermedad.

**Promoción de Hábitos Protectores:**

- Se brinda orientación sobre los hábitos protectores que deben ser adoptados por la familia.

- Se realiza observación directa en la vivienda para verificar el uso de medidas preventivas como toldillos o mallas en camas o ventanas.

**Inspección del Entorno Domiciliario:**

- Se procede a realizar una inspección completa de la vivienda y su entorno, en búsqueda de posibles focos de reproducción del vector (*Lutzomyia*), como criaderos, acumulación de residuos orgánicos, materia vegetal en descomposición, etc.
- Se identifican posibles reservorios animales (especialmente caninos) que presenten signos clínicos compatibles con Leishmaniasis Visceral.
- Se explica al jefe de hogar la necesidad de realizar una toma de muestra serológica a los caninos sintomáticos, la cual será realizada por la profesional veterinaria.

**Toma de Muestras Serológicas:**

- La auxiliar de enfermería (Rosa Ipus) procederá con la toma de muestras de sangre a los niños menores de 12 años de la vivienda.
- Las muestras serán transportadas para su procesamiento (centrifugación) en el laboratorio correspondiente del municipio, y posteriormente remitidas al Laboratorio de Salud Pública para su análisis definitivo.

**Registro y Consentimiento:**

- Se diligencia el Formato de Inspección de Leishmaniasis Visceral, registrando la información de todas las personas que conforman el hogar.
- Se solicita la firma del jefe del hogar, junto con su número de cédula de ciudadanía, como constancia de la visita y del consentimiento informado para la toma de muestras.

**Cierre de la Visita:**

- Se reitera la importancia de la prevención, la identificación temprana de posibles reservorios, y la colaboración comunitaria en la lucha contra la enfermedad.
- Se agradece al jefe del hogar y a la familia por permitir la visita, inspección y colaboración durante la jornada.

Finalizando se da gracias a la persona por haber permitido la inspección en la vivienda.

**RESULTADOS:** Se logró la sensibilización de las familias visitadas respecto a la **prevención y control de la Leishmaniasis Visceral**, mediante la promoción de prácticas protectoras permanentes dentro de sus viviendas y entornos familiares y se realiza la toma de muestra del menor.

Especial énfasis se hizo en:

- La adecuada disposición final de residuos orgánicos como estrategia para reducir los criaderos del vector (*Lutzomyia*).
- La tenencia responsable de caninos, con el objetivo de disminuir el riesgo de mantener reservorios infectados dentro del entorno domiciliario.
- La identificación y modificación de factores de riesgo ambientales, promoviendo entornos más seguros para la población infantil e inmunocomprometida.

**Compromisos Adquiridos por la Comunidad:**

**Realizar el correcto desecho de materia orgánica**, evitando su acumulación en patios, huertas o solares, ya que representa un posible criadero para el vector (conocido comúnmente como "capotillo").

**Disponer adecuadamente las heces de los caninos**, incluyendo aquellas contenidas en cocheras, patios o galpones, para evitar focos de insalubridad y riesgo de transmisión.

**Utilizar ropa adecuada (manga larga, pantalón) y repelente** al momento de realizar labores agrícolas como el corte de hoja de cachaco, desechando correctamente la vaina, que puede atraer al vector.

**Evitar el hacinamiento de caninos** en las viviendas, regulando su número y condiciones de estancia, como medida preventiva frente a posibles contagios entre animales y hacia las personas.

**Informar oportunamente a la Alcaldía Municipal** o entidad de salud más cercana sobre la presencia de animales enfermos o con signos clínicos compatibles con Leishmaniasis, con el fin de activar los protocolos de vigilancia, diagnóstico y control.

HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E. RIO BLANCO - TOLIMA
NIT. 890700694-4
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 1458 DE 2025

## REGISTRO FOTOGRÁFICO



No.1: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras



No.2: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras



No.3: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras



No.4: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras

**FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:**

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA | | Código: LSP-FOR-IV-112<br>Versión 02<br>Pág 1 de 1 |
|---|---|---|---|
| | MACROPROCESO | INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL | Vigente desde: 3/102016 |
| | CARACTERIZACIÓN ESTUDIO DE FOCOS LEISHMANIA VISCERAL A NIÑOS | | |

DEPARTAMENTO: TOLIMA CÓDIGO DPTO.: 73 FECHA: 16-17-18 y 19 Septiembre 2025

MUNICIPIO: Suarez Tolima CÓDIGO DEL MUNICIPIO: 770

VEREDA: Hato Viejo CÓDIGO DE LA VEREDA: 007

RELACIÓN VIVIENDAS DONDE SE TOMARAN MUESTRAS A NIÑOS

| CÓDIGO ENCUESTA | NO. DE MUESTRA | DIRECCIÓN | NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | EDAD EN AÑOS | NOMBRE DEL PADRE O MADRE | RESULTADO DE LA PRUEBA RAPIDA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N73770 007-54 | 54 | Vereda Hato Viejo | Leidy Yuliana Usuga Gutman | RC: 1039707396 | 5 años | Natalia Gutman Cardenas | |
| N73770 007-55 | 55 | Vereda Hato Viejo | Karen Valeria Tafur Cardoso | TI: 1110263209 | 10 años | Maritza Cardoso Sanchez | |
| N73770 007-56 | 56 | Vereda Hato Viejo | Yeinner Andres Cardoso Sanchez | TI: 1110262956 | 13 años | Maritza Cardoso Sanchez | |
| N73770 007-57 | 57 | Vereda Hato Viejo | Yosuer Magnely Candia Rodriguez | TI: 1111126399 | 11 años | Naffy Lorena Rodriguez | |
| N73770 007-58 | 58 | Vereda Hato Viejo | Johan Smith Rodriguez Gordillo | TI: 1110263403 | 8 años | Naffy Lorena Rodriguez | |
| N73770 007-59 | 59 | Vereda Hato Viejo | Ashley Yurley Cardoso Ramirez | TI: 1074818150 | 11 años | Sandra Vanessa Ramirez | |
| N73770 007-60 | 60 | Vereda Hato Viejo | Alan Esney Cardoso Ramirez | TI: 1074821982 | 9 años | Sandra Vanessa Ramirez | |
| N73770 007-61 | 61 | Vereda Hato Viejo | Chistoper Cardoso Ramirez | RC: 1023416834 | 6 años | Sandra Vanessa Ramirez | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RESULTADOS DE LAS MUESTRAS : P: POSITIVA N: NEGATIVA

FECHA DE ENTREGA: 25 10 25

FIRMA DEL RESPONSABLE: Rosa Marina Ipus
Auxiliar Enfermeria

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73770007-54 Fecha: 16-09-2025

Yo Natalia Guzman Cardenas 26 años con cedula de ciudadanía 1054571155 de Suarez, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo 5 años (a) Leidy Yuliana Usuga Guzman RC: 1039707396 menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Natalia Guzmancardenas
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1054571155 Suarez
Celular 3102850141

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006149667

Rosa Marina IPUS
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38-211-833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5671-2025 | | |
| **Solicitante:** | NATALIA GUZMAN CARDENAS | **Municipio Solicitante:** | SUAREZ/VEREDA HATO VIEJO |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | LEIDY YULIANA USUGA GUZMAN | **Identificación:** | RC / 103970739 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 5 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73770007-55 Fecha: 16-09-2025

Yo Maritza Cardoso Sanchez 30 años con cedula de ciudadanía 1110263034 de Suarez, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo (a) Karen Valeria Tafur Cardoso TI: 1110263209 10 años menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Maritza Cardoso Sanchez
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1110263034 Suarez
Celular 3237432735

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006749667

Rosa Marina Ipus
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38-211-833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5672-2025 | | |
| **Solicitante:** | MARITZA CARDOSO SANCHEZ | **Municipio Solicitante:** | SUAREZ/VEREDA HATO VIEJO |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | KAREN VALERIA TAFUR CARDOSO | **Identificación:** | RC / 1110263209 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 10 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73770007-56 Fecha: 17-09-2025

Yo Maritza Cardoso Sanchez 30 años con cedula de ciudadanía 1110263034 de Suarez, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo 13 años (a) Yeinner Andres cardoso Sanchez TI: 1110262956 menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Maritza Cardoso Sanchez
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1110263034 Suarez
Celular 3237432735

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006749667

Rosa Marina IPUS
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38.211.833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5673-2025 | | |
| **Solicitante:** | MARITZA CARDOSO SANCHEZ | **Municipio Solicitante:** | SUAREZ/VEREDA HATO VIEJO |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | YEINNER ANDRES CARDOSO RODRIGUEZ | **Identificación:** | RC / 1110262956 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 13 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73770007-57 Fecha: 17-09-2025

Yo NAFFY Lorena Rodriguez 43 años con cedula de ciudadanía 28964008 de Suarez, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo

(a) Yosuer Magnely Candia Rodriguez 11 años TI: 1111126399

menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

NAFFY LORENA Rodriguez
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 28964008 SUAREZ
Celular 3017326074

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006749667

Rosa Marina IPUS
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38.211.833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5674-2025 | | |
| **Solicitante:** | NAFFY LORENA RODRIGUEZ | **Municipio Solicitante:** | SUAREZ/VEREDA HATO VIEJO |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | YOSUER MAGNELY CANDIA RODRIGUEZ | **Identificación:** | RC / 1111126399 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 11 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73770007-58 Fecha: 18-9-2025

Yo Naffy Lorena Rodriguez 43años con cedula de ciudadanía 28964008 de Suarez, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo (a) Johan Smith Rodriguez Cordillo TI: 1110263403 8 años menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

NAFFY LORENA Rodriguez
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 28964008 Suarez
Celular 3017326074

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006749667

Rosa Marina IPS
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38.211.833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5675-2025 | | |
| **Solicitante:** | NAFFY LORENA RODRIGUEZ | **Municipio Solicitante:** | SUAREZ/VEREDA HATO VIEJO |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | JOHAN SMITH CANDIA RODRIGUEZ | **Identificación:** | RC / 1110263403 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 8 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73770007-59 Fecha: 18-9-2025

Yo Sandra Vanessa Ramirez 29 años con cedula de ciudadanía 1024529367 de Bogotá, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo (a) Ashley Yurley Cardoso Ramirez TI: 1074818150 11años menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Sandra Vanessa Ramirez Moreno
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1024529367 Bogota
Celular 3244031506

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006749667

Rosa Manna IPUS
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38211833. Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5676-2025 | | |
| **Solicitante:** | SANDRA VANESSA CARDOSO RAMIREZ | **Municipio Solicitante:** | SUAREZ/VEREDA HATO VIEJO |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | ASHLEY YURLEY CARDOSO RAMIREZ | **Identificación:** | RC / 1074818150 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 11 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

100

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73770007-60 Fecha: 19-09-2025

Yo Sandra Vanessa Ramirez 29 años con cedula de ciudadanía 1024529367 de Bogotá, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo (a) Chistofer Cardoso Ramirez 6 años RC: 1023416834 menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Sandra Vanessa Ramirez M.
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1024529367 Bogota
Celular 3244031506

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006749667

Rosa Marina Ipus
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38-211.833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5678-2025 | | |
| **Solicitante:** | SANDRA VANESSA CARDOSO RAMIREZ | **Municipio Solicitante:** | SUAREZ/VEREDA HATO VIEJO |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | CHISTOPER CARDOSO RAMIREZ | **Identificación:** | RC / 1023416834 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 6 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73770007-61 Fecha: 19-09-2025

Yo Sandra Vanessa Ramirez 29 años con cedula de ciudadanía 1024529367 de Bogotá, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo (a) Alan Esney Cardoso Ramirez 9 años TI: 1074821982 menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Sandra Vanessa Ramirez M.
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1024529367 Bogotá
Celular 3244031506

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006749667

Rosa Marina IPUS
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38-211.833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5677-2025 | | |
| **Solicitante:** | SANDRA VANESSA CARDOSO RAMIREZ | **Municipio Solicitante:** | SUAREZ/VEREDA HATO VIEJO |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | ALAN ESNEY CARDOSO RAMIREZ | **Identificación:** | RC / 1074821982 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 9 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E. RIO BLANCO - TOLIMA
NIT. 890700694-4
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 1458 DE 2025

| GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA<br>HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E | | | | | | Acta No.<br>15 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de Actividad | | | Hora inicio: | Hora finalización: | Lugar de Inspecciones | Acta Redactada por: |
| Días | Mes | Año | 6:00 am | 4:00 pm | Barrio puerto domingo | PAOLA ANDREA MACIAS |
| 23 | 09 | 2025 | | | | |
| MUNICIPIO | | | FLANDES | | | |
| BARRIO O VEREDA | | | PUERTO DOMINGO | | | |
| ZONA: URBANA X | | | | | | |

**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** CARACTERIZACIÓN ESTUDIO DE FOCOS LV EN NIÑOS

**TEMA(S) INTERVENIDOS:** TOMA DE MUESTRAS SEROLOGICAS EN NIÑOS

**OBJETIVO(S):** **Sensibilización sobre el control social de la Leishmaniasis Visceral**, orientada a la reducción de la morbimortalidad mediante la disminución de oportunidades de transmisión, el control de vectores y reservorios, así como la identificación de riesgos para la población residente y/o visitante. Esta estrategia se desarrolla a través de la toma de muestras serológicas en niños, con el fin de detectar casos positivos de Leishmaniasis Visceral y fortalecer la vigilancia epidemiológica.

**POBLACIÓN OBJETO:** Niños Menores de edad de 15 años habitantes del barrio puerto domingo
.

**NÚMERO DE MUESTRAS TOMADAS A NIÑOS: 4 muestras**

**Procedimiento de Intervención Domiciliaria para la Prevención y Control de la Leishmaniasis Visceral.**

**Ingreso a la Vivienda:**

- Al llegar a la vivienda, se realiza un saludo cordial a los habitantes.
- Se procede con la presentación personal, institucional y del programa de prevención y control de la Leishmaniasis Visceral.

**Socialización de Información:**

- Se brinda información clara, breve y pertinente sobre la Leishmaniasis Visceral, utilizando material didáctico como rotafolios.
- Se explican las formas de transmisión, síntomas, factores de riesgo y consecuencias de la enfermedad.

**Promoción de Hábitos Protectores:**

- Se brinda orientación sobre los hábitos protectores que deben ser adoptados por la familia.

- Se realiza observación directa en la vivienda para verificar el uso de medidas preventivas como toldillos o mallas en camas o ventanas.

**Inspección del Entorno Domiciliario:**

- Se procede a realizar una inspección completa de la vivienda y su entorno, en búsqueda de posibles focos de reproducción del vector (*Lutzomyia*), como criaderos, acumulación de residuos orgánicos, materia vegetal en descomposición, etc.
- Se identifican posibles reservorios animales (especialmente caninos) que presenten signos clínicos compatibles con Leishmaniasis Visceral.
- Se explica al jefe de hogar la necesidad de realizar una toma de muestra serológica a los caninos sintomáticos, la cual será realizada por la profesional veterinaria.

**Toma de Muestras Serológicas:**

- La auxiliar de enfermería (Rosa Ipus) procederá con la toma de muestras de sangre a los niños menores de 12 años de la vivienda.
- Las muestras serán transportadas para su procesamiento (centrifugación) en el laboratorio correspondiente del municipio, y posteriormente remitidas al Laboratorio de Salud Pública para su análisis definitivo.

**Registro y Consentimiento:**

- Se diligencia el Formato de Inspección de Leishmaniasis Visceral, registrando la información de todas las personas que conforman el hogar.
- Se solicita la firma del jefe del hogar, junto con su número de cédula de ciudadanía, como constancia de la visita y del consentimiento informado para la toma de muestras.

**Cierre de la Visita:**

- Se reitera la importancia de la prevención, la identificación temprana de posibles reservorios, y la colaboración comunitaria en la lucha contra la enfermedad.
- Se agradece al jefe del hogar y a la familia por permitir la visita, inspección y colaboración durante la jornada.

Finalizando se da gracias a la persona por haber permitido la inspección en la vivienda.

**RESULTADOS:** Se logró la sensibilización de las familias visitadas respecto a la **prevención y control de la Leishmaniasis Visceral**, mediante la promoción de prácticas protectoras permanentes dentro de sus viviendas y entornos familiares y se realiza la toma de muestra del menor.

Especial énfasis se hizo en:

- La adecuada disposición final de residuos orgánicos como estrategia para reducir los criaderos del vector (*Lutzomyia*).
- La tenencia responsable de caninos, con el objetivo de disminuir el riesgo de mantener reservorios infectados dentro del entorno domiciliario.
- La identificación y modificación de factores de riesgo ambientales, promoviendo entornos más seguros para la población infantil e inmunocomprometida.

**Compromisos Adquiridos por la Comunidad:**

**Realizar el correcto desecho de materia orgánica**, evitando su acumulación en patios, huertas o solares, ya que representa un posible criadero para el vector (conocido comúnmente como "capotillo").

**Disponer adecuadamente las heces de los caninos**, incluyendo aquellas contenidas en cocheras, patios o galpones, para evitar focos de insalubridad y riesgo de transmisión.

**Utilizar ropa adecuada (manga larga, pantalón) y repelente** al momento de realizar labores agrícolas como el corte de hoja de cachaco, desechando correctamente la vaina, que puede atraer al vector.

**Evitar el hacinamiento de caninos** en las viviendas, regulando su número y condiciones de estancia, como medida preventiva frente a posibles contagios entre animales y hacia las personas.

**Informar oportunamente a la Alcaldía Municipal** o entidad de salud más cercana sobre la presencia de animales enfermos o con signos clínicos compatibles con Leishmaniasis, con el fin de activar los protocolos de vigilancia, diagnóstico y control.

HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E. RIO BLANCO - TOLIMA
NIT. 890700694-4
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 1458 DE 2025

## REGISTRO FOTOGRÁFICO



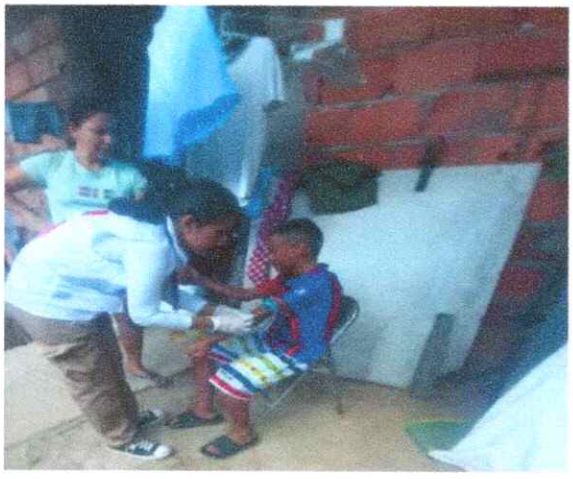
No.1: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras



No.2: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras



No.3: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras



No.4: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras

**FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:**

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA | | Código: LSP-FOR-IV-112<br>Versión 02<br>Pág 1 de 1 |
|---|---|---|---|
| | MACROPROCESO | INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL | Vigente desde: 3/102016 |
| | CARACTERIZACIÓN ESTUDIO DE FOCOS LEISHMANIA VISCERAL A NIÑOS | | |

DEPARTAMENTO: TOLIMA CÓDIGO DPTO.: 73 FECHA: 23 Septiembre 2025

MUNICIPIO: Flandes CÓDIGO DEL MUNICIPIO: PUERDO

VEREDA: Barrio Puerto Domingo CÓDIGO DE LA VEREDA: PUERDO

RELACIÓN VIVIENDAS DONDE SE TOMARAN MUESTRAS A NIÑOS

| CÓDIGO ENCUESTA | NO. DE MUESTRA | DIRECCIÓN | NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | EDAD EN AÑOS | NOMBRE DEL PADRE O MADRE | RESULTADO DE LA PRUEBA RAPIDA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PUERDO | 62 | Barrio Puerto Domingo | Melany Scharik Prada Tapiero | TI: 1072103998 | 15 años | Andrea Viviana Tapiero | |
| PUERDO | 63 | Barrio Puerto Domingo | Dilan Yulian Prada Ortiz | TI: 1070620122 | 10 años | Maria Isabel Beltran | |
| PUERDO | 64 | Barrio Puerto Domingo | Damian Estiven Prada ortiz | TI: 1070616075 | 12 años | Maria Isabel Beltran | |
| PUERDO | 65 | Barrio Puerto Domingo | Valerie Dayana Pulido Diaz | TI: 1026281372 | 15 años | Maria de la Cruz Cardona | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RESULTADOS DE LAS MUESTRAS : P: POSITIVA N: NEGATIVA

FECHA DE ENTREGA: 251003

FIRMA DEL RESPONSABLE: Rosa Marina IPUS
Auxiliar Enfermeria

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73PUERDO - 62 Fecha: 23-09-2025

Yo Andrea Viviana Tapiero 32 años con cedula de ciudadanía 1108455014 de Flandes, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo

(a) Melany Scharik prada Tapiero 15 años TI: 1072103998 menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Andrea Viviana Tapiero
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1108455014 Flandes
Celular 3103791257

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006149667

Rosa Marina IPUS
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38211833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5679-2025 | | |
| **Solicitante:** | ANDREA VIVIANA TAPIERO | **Municipio Solicitante:** | FLANDES/BARRIO PUERTO DOMINGO |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | MELANY SCHARIK PRADA TAPIERO | **Identificación:** | RC / 1072103998 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 15 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73PUERDO - 63 Fecha: 23-09-2025

Yo María Isabel Beltran 48 años con cedula de ciudadanía 39573788 de Girardot, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo

(a) Dilan Yulian Prada Ortiz 10 años. TI: 1070620122

menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

María Isabel Beltran
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 39573788 Girardot
Celular 3202165427

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006749667

Rosa Marina IPS
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38211833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5680-2025 | | |
| **Solicitante:** | MARIA ISABEL BELTRAN | **Municipio Solicitante:** | FLANDES/BARRIO PUERTO DOMINGO |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | DILAN YULIAN PRADA ORTIZ | **Identificación:** | RC / 1070620122 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 10 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73PUERDO - 64 Fecha: 23-09-2025

Yo María Isabel Beltran 48 años con cedula de ciudadanía 39573788 de Girardot, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo

(a) Damian Estiven Prada Ortiz TI: 1070616075 12 años.

menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

María Isabel Beltran
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 39573788 Girardot
Celular 3202165427

Dayanna Navarrete
Testigo
C.C. 1110573934

Rosa Martina Ipus
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C.

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5681-2025 | | |
| **Solicitante:** | MARIA ISABEL BELTRAN | **Municipio Solicitante:** | FLANDES/BARRIO PUERTO DOMINGO |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | DAMIAN ESTIVEN PRADA ORTIZ | **Identificación:** | RC / 1070616075 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 12 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73 PUERDO - 65 Fecha: 23 - 09 - 2025

Yo Maria de la cruz Cardona 54 años con cedula de ciudadanía 65820629 de Flandes, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo

(a) Valerie Dayana pulido Diaz 15 años TI: 1026281372 menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Maria de la cruz Cardona
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 65 820 629
Celular
320 940 5812

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006749667

Rosa Marina IPUS
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento
C. C. 38211833 Ibague

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5682-2025 | | |
| **Solicitante:** | MARIA DE LA CRUZ CARDONA | **Municipio Solicitante:** | FLANDES/BARRIO PUERTO DOMINGO |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | VALERIE DAYANA PULIDO DIAZ | **Identificación:** | RC / 1026281372 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 15 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E. RIO BLANCO - TOLIMA
NIT. 890700694-4
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 1458 DE 2025

| GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA<br>HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E | | | | | | Acta No.<br>16 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Actividad** | | | **Hora inicio:** | **Hora finalización:** | **Lugar de Inspecciones** | **Acta Redactada por:** |
| **Días** | **Mes** | **Año** | | | | |
| 24-25-26-27-28-29 Y 30 | 09 | 2025 | 6:00 am | 4:00 pm | Barrio San Luis | PAOLA ANDREA MACIAS |
| **MUNICIPIO** | | | FLANDES | | | |
| **BARRIO O VEREDA** | | | SAN LUIS | | | |
| **ZONA: URBANA X** | | | | | | |

**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** CARACTERIZACIÓN ESTUDIO DE FOCOS LV EN NIÑOS

**TEMA(S) INTERVENIDOS:** TOMA DE MUESTRAS SEROLOGICAS EN NIÑOS

**OBJETIVO(S):** **Sensibilización sobre el control social de la Leishmaniasis Visceral**, orientada a la reducción de la morbimortalidad mediante la disminución de oportunidades de transmisión, el control de vectores y reservorios, así como la identificación de riesgos para la población residente y/o visitante. Esta estrategia se desarrolla a través de la toma de muestras serológicas en niños, con el fin de detectar casos positivos de Leishmaniasis Visceral y fortalecer la vigilancia epidemiológica.

**POBLACIÓN OBJETO:** Niños Menores de edad de 15 años habitantes del barrio San Luis

.

**NÚMERO DE MUESTRAS TOMADAS A NIÑOS: 13 muestras**

**Procedimiento de Intervención Domiciliaria para la Prevención y Control de la Leishmaniasis Visceral.**

**Ingreso a la Vivienda:**

- Al llegar a la vivienda, se realiza un saludo cordial a los habitantes.
- Se procede con la presentación personal, institucional y del programa de prevención y control de la Leishmaniasis Visceral.

**Socialización de Información:**

- Se brinda información clara, breve y pertinente sobre la Leishmaniasis Visceral, utilizando material didáctico como rotafolios.
- Se explican las formas de transmisión, síntomas, factores de riesgo y consecuencias de la enfermedad.

**Promoción de Hábitos Protectores:**

- Se brinda orientación sobre los hábitos protectores que deben ser adoptados por la familia.
- Se realiza observación directa en la vivienda para verificar el uso de medidas preventivas como toldillos o mallas en camas o ventanas.

**Inspección del Entorno Domiciliario:**

- Se procede a realizar una inspección completa de la vivienda y su entorno, en búsqueda de posibles focos de reproducción del vector (*Lutzomyia*), como criaderos, acumulación de residuos orgánicos, materia vegetal en descomposición, etc.
- Se identifican posibles reservorios animales (especialmente caninos) que presenten signos clínicos compatibles con Leishmaniasis Visceral.
- Se explica al jefe de hogar la necesidad de realizar una toma de muestra serológica a los caninos sintomáticos, la cual será realizada por la profesional veterinaria.

**Toma de Muestras Serológicas:**

- La auxiliar de enfermería (Rosa Ipus) procederá con la toma de muestras de sangre a los niños menores de 12 años de la vivienda.
- Las muestras serán transportadas para su procesamiento (centrifugación) en el laboratorio correspondiente del municipio, y posteriormente remitidas al Laboratorio de Salud Pública para su análisis definitivo.

**Registro y Consentimiento:**

- Se diligencia el Formato de Inspección de Leishmaniasis Visceral, registrando la información de todas las personas que conforman el hogar.
- Se solicita la firma del jefe del hogar, junto con su número de cédula de ciudadanía, como constancia de la visita y del consentimiento informado para la toma de muestras.

**Cierre de la Visita:**

- Se reitera la importancia de la prevención, la identificación temprana de posibles reservorios, y la colaboración comunitaria en la lucha contra la enfermedad.
- Se agradece al jefe del hogar y a la familia por permitir la visita, inspección y colaboración durante la jornada.

Finalizando se da gracias a la persona por haber permitido la inspección en la vivienda.

**RESULTADOS:** Se logró la sensibilización de las familias visitadas respecto a la **prevención y control de la Leishmaniasis Visceral**, mediante la promoción de prácticas protectoras permanentes dentro de sus viviendas y entornos familiares y se realiza la toma de muestra del menor.

Especial énfasis se hizo en:

- La adecuada disposición final de residuos orgánicos como estrategia para reducir los criaderos del vector (*Lutzomyia*).
- La tenencia responsable de caninos, con el objetivo de disminuir el riesgo de mantener reservorios infectados dentro del entorno domiciliario.

- La identificación y modificación de factores de riesgo ambientales, promoviendo entornos más seguros para la población infantil e inmunocomprometida.

**Compromisos Adquiridos por la Comunidad:**

**Realizar el correcto desecho de materia orgánica**, evitando su acumulación en patios, huertas o solares, ya que representa un posible criadero para el vector (conocido comúnmente como "capotillo").

**Disponer adecuadamente las heces de los caninos**, incluyendo aquellas contenidas en cocheras, patios o galpones, para evitar focos de insalubridad y riesgo de transmisión.

**Utilizar ropa adecuada (manga larga, pantalón) y repelente** al momento de realizar labores agrícolas como el corte de hoja de cachaco, desechando correctamente la vaina, que puede atraer al vector.

**Evitar el hacinamiento de caninos** en las viviendas, regulando su número y condiciones de estancia, como medida preventiva frente a posibles contagios entre animales y hacia las personas.

**Informar oportunamente a la Alcaldía Municipal** o entidad de salud más cercana sobre la presencia de animales enfermos o con signos clínicos compatibles con Leishmaniasis, con el fin de activar los protocolos de vigilancia, diagnóstico y control.

HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E. RIO BLANCO - TOLIMA
NIT. 890700694-4
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 1458 DE 2025

## REGISTRO FOTOGRÁFICO



No.1: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras



No.2: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras



No.3: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras



No.4: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras

**FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:**

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA | | Código: LSP-FOR-IV-112<br>Versión 02<br>Pág 1 de 1 |
|---|---|---|---|
| | MACROPROCESO | INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL | Vigente desde: 3/102016 |
| | CARACTERIZACIÓN ESTUDIO DE FOCOS LEISHMANIA VISCERAL A NIÑOS | | |

DEPARTAMENTO: TOLIMA CÓDIGO DPTO.: 73 FECHA: 24-25-26-27-28-29 Y 30 septiembre 2025

MUNICIPIO: Flandes CÓDIGO DEL MUNICIPIO: SANL

VEREDA: Barrio San Luis CÓDIGO DE LA VEREDA: SANL

RELACIÓN VIVIENDAS DONDE SE TOMARAN MUESTRAS A NIÑOS

| CÓDIGO ENCUESTA | NO. DE MUESTRA | DIRECCIÓN | NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | EDAD EN AÑOS | NOMBRE DEL PADRE O MADRE | RESULTADO DE LA PRUEBA RAPIDA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N73SANL | 66 | Barrio San Luis | Juan Fernando Laguna Echeverri | RC 1072112941 | 6 años | Erika Paola Gutierrez | |
| N73SANL | 67 | Barrio San Luis | Danna Valeria Barreto Mayorquin | TI: 1108457177 | 9 años | Gustavo Adolfo Barreto | |
| N73SANL | 68 | Barrio San Luis | María Sofía Cubillos Díaz | TI: 1072112352 | 7 años | Maria Alejandra Díaz Garzón | |
| N73SANL | 69 | Barrio San Luis | María Jose Ramirez Rodriguez | TI: 1072106375 | 13 años | Erika Paola Rodriguez Gomez | |
| N73SANL | 70 | Barrio San Luis | Liam Josuad Hernandez | RC: 1072113303 | 6 años | Claudia María Contreras | |
| N73SANL | 71 | Barrio San Luis | Charid Fernanda Hernandez | TI: 1070609774 | 14 años | Claudia María Contreras | |
| N73SANL | 72 | Barrio San Luis | Iker Matias Mayorquin | RC: 1108457859 | 5 años | Maribel Castañeda | |
| N73SANL | 73 | Barrio San Luis | Sara Yulieth Mayorquin | TI: 1108457641 | 7 años | Maribel Castañeda | |
| N73SANL | 74 | Barrio San Luis | Ewan José Cruz Valencia | RC: 1070634022 | 7 años | Jimena Valencia | |
| N73SANL | 75 | Barrio San Luis | Shaira Sofía Laguna Yañez | TI: 1195464382 | 13 años | Sandra Paola Yañez Gutierrez | |

RESULTADOS DE LAS MUESTRAS : P: POSITIVA N: NEGATIVA

FECHA DE ENTREGA: 251003

FIRMA DEL RESPONSABLE: Rosa Marina IPS
Auxiliar Enfermeria

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73SANL - 66 Fecha: 24-09-2025

Yo Erika Paola Gutierrez con cedula de ciudadanía 1110541783 de Ibagué, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo

(a) Juan Fernando Laguna Echeverri RC: 1072112941 6 años menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1110541783 Ibagué
Celular 3004135541

Testigo
C.C. 1006749667

Rosa Marina Ipus
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento
C. C. 38211833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5683-2025 | | |
| **Solicitante:** | ERIKA PAOLA GUTIERREZ | **Municipio Solicitante:** | FLANDES/BARRIO SAN LUIS |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | JUAN FERNANDO LAGUNA ECHEVERRI | **Identificación:** | RC / 1072112941 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 6 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73SANL - 67 Fecha: 24 - 09 - 2025

Yo Gustavo Adolfo Barreto 30 años con cedula de ciudadanía 1073702863 de Soacha, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo

(a) Danna Valeria Barreto Mayorquin 9 años TI: 1108457177 menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Gustavo Adolfo Barreto. G.
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1073702863 Soacha
Celular 3133288201

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006749667

Rosa Marina IPUS
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38211833 Ibague.

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5684-2025 | | |
| **Solicitante:** | GUSTAVO ADOLFO BARRETO | **Municipio Solicitante:** | FLANDES/BARRIO SAN LUIS |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | DANNA VALERIA BARRETO MAYORQUIN | **Identificación:** | RC / 1108457177 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 9 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73SANL - 68 Fecha: 25 - 09 - 2025

Yo María Alejandra Díaz Garzón 42 años con cedula de ciudadanía 65820576 de Flandes, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo

(a) María Sofía Cubillos Díaz TI: 1072112352 7años

menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

VMARIAALEJANDRADIAZ
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 65820576 Flandes
Celular 3204137269

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006749667

Rosa Maria Ipus
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38211833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5685-2025 | | |
| **Solicitante:** | MARIA ALEJANDRA DIAZ GARZON | **Municipio Solicitante:** | FLANDES/BARRIO SAN LUIS |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | MARIA SOFIA CUBILLOS DIAZ | **Identificación:** | RC / 1072112352 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 7 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73 SANL-69 Fecha: 25-09-2025

Yo Erika Paola Rodriguez Gomez 31 años con cedula de ciudadanía 1070612628 de Girardot, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo

(a) Maria Jose Ramirez Rodriguez 13 años TI: 1072106375 menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

x ERIKA RODRIGUEZ
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1070612628 Girardot
Celular 3123763807

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006749667

Rosa Marina IPUS
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38211833 Ibague

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5686-2025 | | |
| **Solicitante:** | ERIKA PAOLA RODRIGUEZ GOMEZ | **Municipio Solicitante:** | FLANDES/BARRIO SAN LUIS |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | MARIA JOSE RAMIREZ RODRIGUEZ | **Identificación:** | RC / 1072106375 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 13 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73SANL-70 Fecha: 26-09-2025

Yo Claudia María Contreras 32 años con cedula de ciudadanía 1108455523 de Flandes, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo (a) Liam Josuad Hernandez 6 años RC: 1072113307 menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

× Claudia Contreras
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1108455523
Celular 3229124228

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006749607

Rosa Manna Ipus.
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38211833 Ibague

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5687-2025 | | |
| **Solicitante:** | CLAUDIA MARIA CONTRERAS | **Municipio Solicitante:** | FLANDES/BARRIO SAN LUIS |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | LIAM JOSUAD HERNANDEZ | **Identificación:** | RC / 1072113303 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 6 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73SANL-71 Fecha: 26-09-2025

Yo Claudia Maria Contreras 32 años con cedula de ciudadanía 1108455523 de Flandes., declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo (a) Charid Fernanda Hernandez TI: 1070609774 14 años menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Claudia Contreras
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 3229124228
Celular
cc 1108455523

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006749667

Rosa Marina Ipus
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38211833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5688-2025 | | |
| **Solicitante:** | CLAUDIA MARIA CONTRERAS | **Municipio Solicitante:** | FLANDES/BARRIO SAN LUIS |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | CHARID FERNANDA HERNANDES | **Identificación:** | RC / 1070609774 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 14 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73 SANL-72 Fecha: 27-09-2025

Yo Maribel Castañeda 27 años con cedula de ciudadanía 1108457315 de Flandes, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo

(a) Iker Matias Mayorquin 5años 1108457859

menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Maribel Castañeda Beltran
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1108457315 Flandes
Celular 3125343377

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006749667

Rosa Marina Ipus
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento
C. C. 38211833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5689-2025 | | |
| **Solicitante:** | MARIBEL CASTAÑEDA | **Municipio Solicitante:** | FLANDES/BARRIO SAN LUIS |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | IKER MATIAS MAYORQUIN | **Identificación:** | RC / 1108457859 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 5 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73SANL-73 Fecha: 27-09-2025

Yo Maribel Castañeda 27 años con cedula de ciudadanía 1108457315 de Flandes, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo

(a) Sara Yulieth Mayorquin 7 años TI: 1108457641 menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1108457315 Flandes
Celular 3125343377

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006149667

Rosa Marina Ipus
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38211833 Ibague

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5690-2025 | | |
| **Solicitante:** | MARIBEL CASTAÑEDA | **Municipio Solicitante:** | FLANDES/BARRIO SAN LUIS |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | SARA YULIETH MAYORQUIN | **Identificación:** | RC / 1108457641 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 7 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73SANL-74 Fecha: 28-09-2025

Yo Jimena Valencia 29 años con cedula de ciudadanía 1070617921 de Girardot, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo

(a) Ewan José Cruz Valencia 7 años RC: 1070634022 menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Jimena Valencia
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1070617921 Girardot
Celular 3116203841

Franci Moreno
Testigo
C.C. 1006749667

Rosa Marina Ipus
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento
C.C. 38211833 Ibague

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5691-2025 | | |
| **Solicitante:** | JIMENA VALENCIA | **Municipio Solicitante:** | FLANDES/BARRIO SAN LUIS |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | EWAN JOSE CRUZ VALENCIA | **Identificación:** | RC / 1070634022 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 7 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73SANL - 75 Fecha: 28 - 09 - 2025

Yo Sandra Paola yañez Gutierrez 36 años con cedula de ciudadanía 1108453340 de Flandes, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo 13 años.

(a) Shaira Sofia laguna yañez TI: 1195464382 menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Sandra Paola Yañez
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1108453340
Celular 3134171804

Dayana Navarrete
Testigo
C.C. 1110573934

Rosa Marina Ipuj
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38211833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5692-2025 | | |
| **Solicitante:** | SANDRA PAOLA YAÑEZ GUTIERREZ | **Municipio Solicitante:** | FLANDES/BARRIO SAN LUIS |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | SHAIRA SOFIA LAGUNA YAÑEZ | **Identificación:** | RC / 1195464382 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 13 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA | | Código: LSP-FOR-IV-112<br>Versión 02<br>Pág 1 de 1 |
|---|---|---|---|
| | MACROPROCESO | INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL | Vigente desde: 3/102016 |
| | CARACTERIZACIÓN ESTUDIO DE FOCOS LEISHMANIA VISCERAL A NIÑOS | | |

DEPARTAMENTO: TOLIMA CÓDIGO DPTO.: 73 FECHA: 24-25-26-27-28-29 Y 30 Septiembre 2025

MUNICIPIO: Flandes CÓDIGO DEL MUNICIPIO: SANL

VEREDA: Barrio San Luis CÓDIGO DE LA VEREDA: SANL

RELACIÓN VIVIENDAS DONDE SE TOMARAN MUESTRAS A NIÑOS

| CÓDIGO ENCUESTA | NO. DE MUESTRA | DIRECCIÓN | NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | EDAD EN AÑOS | NOMBRE DEL PADRE O MADRE | RESULTADO DE LA PRUEBA RAPIDA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N73SANL | 76 | Barrio San Luis | Eileen Melina Bohorquez Ramirez | RC: 1108457781 | 6 años | Stefanny Ramirez | |
| N73SANL | 77 | Barrio San Luis | Carolina Salgado Marin | RC: 1070634295 | 2 años | Helver Duvan Salgado | |
| N73SANL | 78 | Barrio San Luis | Ana carolina Coronado Martinez | TI: 1012414262 | 13 años | Diana Carolina Martinez | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RESULTADOS DE LAS MUESTRAS : P: POSITIVA N: NEGATIVA

FECHA DE ENTREGA: 251003

FIRMA DEL RESPONSABLE: Rosa Marina Ipus
Auxiliar Enfermeria

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73 SANL - 76 Fecha: 29-09-2025

Yo Stefanny Ramirez con cedula de ciudadanía 1108454890 de Flandes, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo

(a) Eileen Melina Bohorquez Ramirez 6 años RC: 1108457781

menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Stefanny Ramirez
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1108454890
3028556505

Roša marina Ipus
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38211833 Ibague

Dayana Navarrete
Testigo
C.C. 1110573934

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5693-2025 | | |
| **Solicitante:** | STEFANNY RAMIREZ | **Municipio Solicitante:** | FLANDES/BARRIO SAN LUIS |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | EILEN MELINA BOHORQUEZ RAMIREZ | **Identificación:** | RC / 1108457781 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 6 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73 SANL-77 Fecha: 29-09-2025

Yo Helver Duvan Salgado 24 años con cedula de ciudadanía 1007782297 de Flandes, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo

(a) Carolina Salgado Marin RC: 1070634295 Zapata

menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Helver Ruan Salgado Patiño
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1007782297 Flandes
Celular 3018169733

Dayanna Navarrete
Testigo
C.C. 1110573934

Rosa Marina Ipus
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento
C.C. 38211833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5694-2025 | | |
| **Solicitante:** | HELVER DUVAN SALGADO | **Municipio Solicitante:** | FLANDES/BARRIO SAN LUIS |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | CAROLINA SALGADO MARIN | **Identificación:** | RC / 1072634295 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 2 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73SANL-78 Fecha: 30-09-2025

Yo Diana Carolina Martinez 33 años con cedula de ciudadanía 1012387307 de Bogotá, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo

(a) Ana Carolina Coronado Martinez 13 años TI: 1012414262 menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Diana Carolina Martinez
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1012387307
Celular 3016992947

Dayana Navarrete
Testigo
C.C. 1110573934

Rosa Marina Ipus
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento
C.C. 38211833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5695-2025 | | |
| **Solicitante:** | DIANA CAROLINA MARTINEZ | **Municipio Solicitante:** | FLANDES/BARRIO SAN LUIS |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | ANA CAROLINA CORONADO MARTINEZ | **Identificación:** | RC / 1012414262 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 13 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E. RIO BLANCO - TOLIMA
NIT. 890700694-4
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 1458 DE 2025

| GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA<br>HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E | | | | | | Acta No.<br>17 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de Actividad | | | Hora inicio: | Hora finalización: | Lugar de Inspecciones | Acta Redactada por: |
| Días | Mes | Año | 6:00 am | 4:00 pm | Barrio Villa Magdalena | PAOLA ANDREA MACIAS |
| 2 | 10 | 2025 | | | | |
| MUNICIPIO | | | FLANDES | | | |
| BARRIO O VEREDA | | | VILLA MAGDALENA | | | |
| ZONA: URBANA X | | | | | | |

**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** CARACTERIZACIÓN ESTUDIO DE FOCOS LV EN NIÑOS

**TEMA(S) INTERVENIDOS:** TOMA DE MUESTRAS SEROLOGICAS EN NIÑOS

**OBJETIVO(S):** **Sensibilización sobre el control social de la Leishmaniasis Visceral**, orientada a la reducción de la morbimortalidad mediante la disminución de oportunidades de transmisión, el control de vectores y reservorios, así como la identificación de riesgos para la población residente y/o visitante. Esta estrategia se desarrolla a través de la toma de muestras serológicas en niños, con el fin de detectar casos positivos de Leishmaniasis Visceral y fortalecer la vigilancia epidemiológica.

**POBLACIÓN OBJETO:** Niños Menores de edad de 15 años habitantes del barrio Villa Magdalena
.

**NÚMERO DE MUESTRAS TOMADAS A NIÑOS: 2 muestras**

**Procedimiento de Intervención Domiciliaria para la Prevención y Control de la Leishmaniasis Visceral.**

**Ingreso a la Vivienda:**

- Al llegar a la vivienda, se realiza un saludo cordial a los habitantes.
- Se procede con la presentación personal, institucional y del programa de prevención y control de la Leishmaniasis Visceral.

**Socialización de Información:**

- Se brinda información clara, breve y pertinente sobre la Leishmaniasis Visceral, utilizando material didáctico como rotafolios.
- Se explican las formas de transmisión, síntomas, factores de riesgo y consecuencias de la enfermedad.

**Promoción de Hábitos Protectores:**

- Se brinda orientación sobre los hábitos protectores que deben ser adoptados por la familia.

- Se realiza observación directa en la vivienda para verificar el uso de medidas preventivas como toldillos o mallas en camas o ventanas.

**Inspección del Entorno Domiciliario:**

- Se procede a realizar una inspección completa de la vivienda y su entorno, en búsqueda de posibles focos de reproducción del vector (*Lutzomyia*), como criaderos, acumulación de residuos orgánicos, materia vegetal en descomposición, etc.
- Se identifican posibles reservorios animales (especialmente caninos) que presenten signos clínicos compatibles con Leishmaniasis Visceral.
- Se explica al jefe de hogar la necesidad de realizar una toma de muestra serológica a los caninos sintomáticos, la cual será realizada por la profesional veterinaria.

**Toma de Muestras Serológicas:**

- La auxiliar de enfermería (Rosa Ipus) procederá con la toma de muestras de sangre a los niños menores de 12 años de la vivienda.
- Las muestras serán transportadas para su procesamiento (centrifugación) en el laboratorio correspondiente del municipio, y posteriormente remitidas al Laboratorio de Salud Pública para su análisis definitivo.

**Registro y Consentimiento:**

- Se diligencia el Formato de Inspección de Leishmaniasis Visceral, registrando la información de todas las personas que conforman el hogar.
- Se solicita la firma del jefe del hogar, junto con su número de cédula de ciudadanía, como constancia de la visita y del consentimiento informado para la toma de muestras.

**Cierre de la Visita:**

- Se reitera la importancia de la prevención, la identificación temprana de posibles reservorios, y la colaboración comunitaria en la lucha contra la enfermedad.
- Se agradece al jefe del hogar y a la familia por permitir la visita, inspección y colaboración durante la jornada.

Finalizando se da gracias a la persona por haber permitido la inspección en la vivienda.

**RESULTADOS:** Se logró la sensibilización de las familias visitadas respecto a la **prevención y control de la Leishmaniasis Visceral**, mediante la promoción de prácticas protectoras permanentes dentro de sus viviendas y entornos familiares y se realiza la toma de muestra del menor.

Especial énfasis se hizo en:

- La adecuada disposición final de residuos orgánicos como estrategia para reducir los criaderos del vector (*Lutzomyia*).
- La tenencia responsable de caninos, con el objetivo de disminuir el riesgo de mantener reservorios infectados dentro del entorno domiciliario.
- La identificación y modificación de factores de riesgo ambientales, promoviendo entornos más seguros para la población infantil e inmunocomprometida.

**Compromisos Adquiridos por la Comunidad:**

**Realizar el correcto desecho de materia orgánica**, evitando su acumulación en patios, huertas o solares, ya que representa un posible criadero para el vector (conocido comúnmente como "capotillo").

**Disponer adecuadamente las heces de los caninos**, incluyendo aquellas contenidas en cocheras, patios o galpones, para evitar focos de insalubridad y riesgo de transmisión.

**Utilizar ropa adecuada (manga larga, pantalón) y repelente** al momento de realizar labores agrícolas como el corte de hoja de cachaco, desechando correctamente la vaina, que puede atraer al vector.

**Evitar el hacinamiento de caninos** en las viviendas, regulando su número y condiciones de estancia, como medida preventiva frente a posibles contagios entre animales y hacia las personas.

**Informar oportunamente a la Alcaldía Municipal** o entidad de salud más cercana sobre la presencia de animales enfermos o con signos clínicos compatibles con Leishmaniasis, con el fin de activar los protocolos de vigilancia, diagnóstico y control.

HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E. RIO BLANCO - TOLIMA
NIT. 890700694-4
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 1458 DE 2025

## REGISTRO FOTOGRÁFICO



No.1: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras



No.2: auxiliar rosa marina ipus toma de muestras



No.3: auxiliar rosa marina ipus centrifugación de muestras



No.4: auxiliar rosa marina ipus rotulación de las muestras

**FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:**

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA | Código: LSP-FOR-IV-112<br>Versión 02<br>Pág 1 de 1 |
|---|---|---|
| | MACROPROCESO: INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL<br>CARACTERIZACIÓN ESTUDIO DE FOCOS LEISHMANIA VISCERAL A NIÑOS | Vigente desde: 3/102016 |

DEPARTAMENTO: TOLIMA CÓDIGO DPTO.: 73 FECHA: 02 octubre 2025

MUNICIPIO: Flandes CÓDIGO DEL MUNICIPIO: VILLAM

VEREDA: Barrio villa Magdalena CÓDIGO DE LA VEREDA: VILLAM

RELACIÓN VIVIENDAS DONDE SE TOMARAN MUESTRAS A NIÑOS

| CÓDIGO ENCUESTA | NO. DE MUESTRA | DIRECCIÓN | NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | EDAD EN AÑOS | NOMBRE DEL PADRE O MADRE | RESULTADO DE LA PRUEBA RAPIDA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N73VILLAM | 79 | Barrio Villa Magdalena | Juan Pablo Espitia Hernandez | TI: 1028888518 | 15 años | Danna Gabriela Espitia | |
| N73VILLAM | 80 | Barrio Villa Magdalena | Dulce Maria Garavis Ulloa | TI: 1072105973 | 13 años | Olga Natividad Garavis Ulloa | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RESULTADOS DE LAS MUESTRAS : P: POSITIVA N: NEGATIVA

FECHA DE ENTREGA: 251003

FIRMA DEL RESPONSABLE: Rosa Marina Ipus
Auxiliar Enfermeria

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N7JVILLAM-79 Fecha: 02-10-2025

Yo Danna Gabriela Espitia con cedula de ciudadanía 1061654554 de Flandes, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo

(a) Juan Pablo espitia Hernandez TI: 1028885518 15 AÑOS menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

Danna Espitia
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1061654554 Flandes
celular 3208424561

Dayana Navarrete
Testigo
C.C. 1110573934

Rosa Manna IPUS
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38211833

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5696-2025 | | |
| **Solicitante:** | DANNA GABRIELA ESPITIA | **Municipio Solicitante:** | FLANDES/BARRIO VILLA MAGDALENA |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | JUAN PABLO ESPITIA HERNANDEZ | **Identificación:** | RC / 1028888518 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 15 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

GOBERNACIÒN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÒN DE SALUD PÚBLICA

***CARACTERIZACION DE FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA***

## *DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Código: N73VILLAM-80 Fecha: 02-10-2025

Yo Olga Natividad Garavis Ulloa 31 años con cedula de ciudadanía 1070612403 de Girardot, declaro que por parte de personal de la Secretaria de Salud del Tolima me fueron explicados los objetivos y los procedimientos de este estudio de foco de Leishmaniasis Visceral, teniendo la posibilidad de hacer preguntas para aclarar mis dudas. Por lo que una vez cumplido el anterior proceso doy voluntariamente mi consentimiento para que mi hijo

(a) Dulce Maria Garavis Ulloa 13 años TI: 1072105973

menor de 15 años participe en este estudio, en consecuencia, autorizo al personal a cargo del estudio para que tome una muestra de sangre para analizarla en el laboratorio, así como para aplicarle la prueba de Montenegro (La cual será leída en las 48 horas posteriores a la aplicación), además colaborare para el correcto diligenciamiento de una encuesta.

OLGA GARAVIS ULLOA
Firma persona que da el consentimiento
C.C. 1070612403 Girardot
Celular 3223739807

Dayanna Navarrete
Testigo
C.C. 1120573934

Rosa Marina Ipus
Nombre Completo del profesional
Que toma el consentimiento

C. C. 38-211833 Ibagué

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5697-2025 | | |
| **Solicitante:** | OLGA NATIVIDAD GARAVIS ULLOA | **Municipio Solicitante:** | FLANDES/BARRIO VILLA MAGDALENA |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | DULCE MARIA GARAVIS ULLOA | **Identificación:** | RC / 1072105973 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 13 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 4,00 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-10-03 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-10-09 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E. RIO BLANCO - TOLIMA
NIT. 890700694-4
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° 1458 DE 2025

## TOMA DE MUESTRAS SEROLOGICAS A NIÑOS

| MUNICIPIO | VEREDA | MUESTRAS TOMADAS EN NIÑOS | TOTAL MUESTRAS MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| COYAIMA | SANTA MARTA INSPECCION | 05 | 13 MUESTRAS |
| | SANTA MARTA DIAMANTE | 04 | |
| | SANTA MARTA PALMAR | 04 | |
| NATAGAIMA | RINCON DE ANCHIQUE | 07 | 7 MUESTRAS |
| ORTEGA | RECINTO | 3 | 7 MUESTRAS |
| | CHICUAMBE LA CEIBA | 4 | |
| GUAMO | PRINGAMOSAL LOS PASOS | 3 | 10 MUESTRAS |
| | PRINGAMOSAL OVAL | 2 | |
| | PRINGAMOSAL DIAMANTE | 5 | |
| COELLO | POTRERILLO | 4 | 8 MUESTRAS |
| | CUNIRA | 4 | |
| SUAREZ | LA SALADA | 5 | 16 MUESTRAS |
| | AGUAS CLARAS | 3 | |
| | HATO VIEJO | 8 | |
| FLANDES | PUERTO DOMINGO | 4 | 19 MUESTRAS |
| | SAN LUIS | 13 | |
| | VILLA MAGDALENA | 2 | |
| TOTAL DE MUESTRAS SEROLOGICAS | | | 80 |

# GRAFICA 1


TOMA DE MUESTRAS NIÑOS
5
4
4
7
3
4
3
2
5
4
4
5
3
8
4
13
2
SANTA MARTA INSPECCION
SANTA MARTA DIAMANTE
SANTA MARTA PALMAR
RINCON DE ANCHIQUE
RECINTO
CHICUAMBE LA CEIBA
PRINGAMOSAL LOS PASOS
PRINGAMOSAL OVAL
PRINGAMOSAL DIAMANTE
POTRERILLO
CUNIRA
LA SALADA
AGUAS CLARAS
HATO VIEJO
PUERTO DOMINGO
SAN LUIS
VILLA MAGDALENA
COYAIMA NATAGAIMA ORTEGA
GUAMO
COELLO
SUAREZ
FLANDES

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5005-2025 | | |
| **Solicitante:** | PILAR SALAZAR | **Municipio Solicitante:** | NATAGAIMA/VEREDA RINCON DE ANCHIQUE |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | DILAN DAMIAM FONTECHA SALAZAR | **Identificación:** | RC / 1071790512 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 9 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 3,80 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-05 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5004-2025 | | |
| **Solicitante:** | PILAR SALAZAR | **Municipio Solicitante:** | NATAGAIMA/VEREDA RINCON DE ANCHIQUE |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | ZIAIRA NICOL FONTECHA SALAZAR | **Identificación:** | RC / 1072496312 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 11 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 3,80 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-05 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5003-2025 | | |
| **Solicitante:** | PILAR SALAZAR | **Municipio Solicitante:** | NATAGAIMA/VEREDA RINCON DE ANCHIQUE |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | DANA VALENTINA FONTECHA SALAZAR | **Identificación:** | RC / 1130504306 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 14 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 3,80 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-05 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5002-2025 | | |
| **Solicitante:** | LUIS ALFONSO TOVAR | **Municipio Solicitante:** | NATAGAIMA/VEREDA RINCON DE ANCHIQUE |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | HANNY YARLEIDY TOVAR MORENO | **Identificación:** | RC / 1109845380 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 14 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 3,80 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-05 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5001-2025 | | |
| **Solicitante:** | LUIS ALFONSO TOVAR | **Municipio Solicitante:** | NATAGAIMA/VEREDA RINCON DE ANCHIQUE |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | JOHNY ALEJANDRO TOVAR MORENO | **Identificación:** | RC / 1109844753 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 15 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 3,80 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-05 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5000-2025 | | |
| **Solicitante:** | ELICENIA MOLINA OYOLA | **Municipio Solicitante:** | NATAGAIMA/VEREDA RINCON DE ANCHIQUE |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | MARY ELIZABETH PINTO TOVAR | **Identificación:** | RC / 1109846575 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 11 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 3,80 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-05 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-4999-2025 | | |
| **Solicitante:** | ARGENIS TRUJILLO | **Municipio Solicitante:** | NATAGAIMA/VEREDA RINCON DE ANCHIQUE |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | YUSEF JACOB OSORIO TRUJILLO | **Identificación:** | RC / 1075546851 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 3 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 3,80 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-05 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5012-2025 | | |
| **Solicitante:** | JOHANNA MARCELA SANCHEZ | **Municipio Solicitante:** | ORTEGA/VEREDA CHICUAMBE LA CEIBA |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | SARA LUCIA LOZANO SANCHEZ | **Identificación:** | RC / 1024611663 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 4 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 3,80 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-05 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5011-2025 | | |
| **Solicitante:** | JOHANNA MARCELA SANCHEZ | **Municipio Solicitante:** | ORTEGA/VEREDA CHICUAMBE LA CEIBA |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | JULIAN DAVID SANCHEZ | **Identificación:** | RC / 1110179999 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 8 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 3,80 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-05 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5010-2025 | | |
| **Solicitante:** | LEIDY PAOLA TAPIERO | **Municipio Solicitante:** | ORTEGA/VEREDA CHICUAMBE LA CEIBA |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | ERICK JAVIER PEDRAZA TAPIERO | **Identificación:** | RC / 1110179681 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 9 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 3,80 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-05 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5009-2025 | | |
| **Solicitante:** | DAYANA PORTELA | **Municipio Solicitante:** | ORTEGA/VEREDA CHICUAMBE LA CEIBA |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | LIAM CAMILO TAPIERO PORTELA | **Identificación:** | RC / 1110181680 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 3 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 3,80 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-05 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5008-2025 | | |
| **Solicitante:** | SOFIA RAMIREZ ARANDA | **Municipio Solicitante:** | ORTEGA/VEREDA RECINTO |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | ALAN GAEL LOZANO RAMIREZ | **Identificación:** | RC / 1110182023 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 18 MESES |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 3,80 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-05 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5007-2025 | | |
| **Solicitante:** | LUZ GABRIELA HERNANDEZ | **Municipio Solicitante:** | ORTEGA/VEREDA RECINTO |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | FRANK ARANDA HERNANDEZ | **Identificación:** | RC / 110609173 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 3 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 3,80 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-05 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-5006-2025 | | |
| **Solicitante:** | LUZ STELLA PEDRAZA | **Municipio Solicitante:** | ORTEGA/VEREDA RECINTO |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | THANIA MENDOZA PEDRAZA | **Identificación:** | RC / 1110181686 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 2 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 3,80 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-09-05 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-4616-2025 | | |
| **Solicitante:** | MARIA INES ESQUIVEL SANTA | **Municipio Solicitante:** | COYAIMA/VEREDA SANTA MARTA DIAMANTE |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | TALIANA SOFIA OTAVO SANTA | **Identificación:** | RC / 1105063525 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 3 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 6,80 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-08-11 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-4615-2025 | | |
| **Solicitante:** | LUCINDA ESQUIVEL SANTA | **Municipio Solicitante:** | COYAIMA/VEREDA SANTA MARTA DIAMANTE |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | NICOL DAYANA ESQUIVEL SANTA | **Identificación:** | RC / 1203713691 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 3 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 6,80 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-08-11 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-4614-2025 | | |
| **Solicitante:** | XIOMARA SANTA CARTAGENA | **Municipio Solicitante:** | COYAIMA/VEREDA SANTA MARTA DIAMANTE |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | YULIETH MORENO SANTA | **Identificación:** | RC / 1105062320 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 8 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 6,80 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-08-11 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-4613-2025 | | |
| **Solicitante:** | XIOMARA SANTA CARTAGENA | **Municipio Solicitante:** | COYAIMA/VEREDA SANTA MARTA DIAMANTE |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | ANGIE LORENA SANTA GUZMAN | **Identificación:** | RC / 1215713734 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 9 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 6,80 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-08-11 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-4612-2025 | | |
| **Solicitante:** | LUZ MARINA ESQUIVEL MALAMBO | **Municipio Solicitante:** | COYAIMA/VEREDA SANTA MARTA PALMAR |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | VALERIN SOFIA ESQUIVEL MALAMBO | **Identificación:** | RC / 1233489744 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 11 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 6,80 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-08-11 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-4611-2025 | | |
| **Solicitante:** | LUZ MARINA ESQUIVEL MALAMBO | **Municipio Solicitante:** | COYAIMA/VEREDA SANTA MARTA PALMAR |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | LAURA MARIA ESQUIVEL MALAMBO | **Identificación:** | RC / 1233489746 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 10 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 6,80 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-08-11 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-4610-2025 | | |
| **Solicitante:** | LUZ MARINA ESQUIVEL MALAMBO | **Municipio Solicitante:** | COYAIMA/VEREDA SANTA MARTA PALMAR |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | YAN CARLOS MARTELO ESQUIVEL | **Identificación:** | RC / 1105062831 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 5 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 6,80 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-08-11 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-4609-2025 | | |
| **Solicitante:** | TEODOLINDA SANTA | **Municipio Solicitante:** | COYAIMA/VEREDA SANTA MARTA PALMAR |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | MARIA VALENTINA MALAMBO SANTA | **Identificación:** | RC / 1105061333 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 11 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 6,80 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-08-11 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-16 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-4608-2025 | | |
| **Solicitante:** | TEODOLINDA SANTA | **Municipio Solicitante:** | COYAIMA/VEREDA SANTA MARTA PALMAR |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | YEISON ANDRES TIQUE MALAMBO | **Identificación:** | RC / 1188968146 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 13 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 6,80 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-08-11 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-4620-2025 | | |
| **Solicitante:** | PEDRO GENER POLOCHE DUCUARA | **Municipio Solicitante:** | COYAIMA/VEREDA SANTA MARTA PALMAR |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | JOSE ARLEDIS POLOCHE TIMOTE | **Identificación:** | RC / 1105061084 |
| **Sexo:** | M | **Edad:** | 12 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 6,80 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-08-11 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

**CARRERA 2ª A CALLES 33 Y 34 B/ DEPARTAMENTAL IBAGUE-TOLIMA**

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-4619-2025 | | |
| **Solicitante:** | MARIA LILIANA POLOCHE TIMOTE | **Municipio Solicitante:** | COYAIMA/VEREDA SANTA MARTA PALMAR |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | MARIA JOSE POLOCHE TIMOTE | **Identificación:** | RC / 1203713697 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 2 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 6,80 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-08-11 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-4618-2025 | | |
| **Solicitante:** | KAREN JULIETH POLOCHE TIMOTE | **Municipio Solicitante:** | COYAIMA/VEREDA SANTA MARTA PALMAR |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | MELANY THALIA VERA POLOCHE | **Identificación:** | RC / 1105063052 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 4 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 6,80 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-08-11 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.

| | GOBERNACIÓN DEL TOLIMA<br>SECRETARIA DE SALUD<br>LABORATORIO DE SALUD PUBLICA | | Código:<br>LSP-FOR-IV-062 |
|---|---|---|---|
| | | | Versión: 02 |
| | MACROPROCESO: | INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL | Página 1 de 80 |
| | REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO | | Vigente desde:<br>2021/06/30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Emisión del Informe:** | 2025-10-22 | | |
| | | | |
| **No. Ingreso:** | PARA-4617-2025 | | |
| **Solicitante:** | YURANY VANESSA AGUJA | **Municipio Solicitante:** | COYAIMA/VEREDA SANTA MARTA PALMAR |
| **Datos del Paciente** | | | |
| **Paciente:** | SAMARA VANESSA CAPERA AGUJA | **Identificación:** | RC / 1105063551 |
| **Sexo:** | F | **Edad:** | 3 AÑOS |
| **Método utilizado:** | KALAZAR DETECT TM RAPID TEST INBIOS | | |
| **RESULTADO:** | NEGATIVO | | |
| **Absorbancia:** | N/A | | |
| **Cu Off:** | N/A | | |
| **INTERPRETACION:** | N/A | | |
| | | | |
| **Tipo de Muestra** | SUERO | **Temperatura Muestra** | 6,80 |
| **Fecha de Recepción de la Muestra** | 2025-08-11 | **Fecha de Procesamiento de la Muestra** | 2025-09-22 |
| | | | |
| **Observaciones:** | LEISHMANIA VISCERAL | | |
| **Código del Analista** | LSP3444 | | |

**Profesional Universitario**

**Fin del Informe**

**Nota**: Si tiene alguna inquietud comunicarse con el Líder del Área.