HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	**ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)** **NIT. No. 892.300.358-5**	ALCALDÍA AGUSTIN CODAZZI 2024 - 2027

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N.º	CI-001-2026
CONTRATANTE	ESE HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI
NIT. Nº.	892.300.358-5
COMPONENTE	SEGURIDAD NUTRICIONAL
COORDINADOR (A)	**ANA EMMA MONROY JIMENEZ**
EQUIPO QUE LO CONFORMA	**LIZ MARIETH FRAGOSO SALCEDO** **ANGELA BELLO** **YANETH SOLANO AVILA**
FECHA INICIACION	ENERO 2026
INFORME DE ACTIVIDADES	MES DE ABRIL 2026

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	**ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)** **NIT. No. 892.300.358-5**	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
Empresa Social del Estado

MUNICIPIO DE AGUSTIN CODAZZI
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
COMPONENTE SEGURIDAD NUTRICIONAL
CRONOGRAMA GENERAL DE LAS ACTIVIDADES
MES ABRIL 2026

ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

ACTIVIDAD	CANTIDAD	LUGAR	FECHA	HORA	LOGRO %
Ejecutar 26 talleres educativos y lúdicos sobre patrones alimentarios adecuados, lactancia materna, desnutrición aguda (3 mensajes claves), dirigidos a adolescentes, padres, cuidadores, gestantes en los entornos hogar, comunitario e institucional.	2	INSTITUCIÓN EDUCATIVA FRANCISCO DE PAULA SANTADER - SEDE PRINCIPAL	10/04/2026	2:00 P.M - 3:00 P.M	28,56%
		INSTITUCIÓN EDUCATIVA FRANCISCO DE PAULA SANTADER - SEDE CAMILO TORRES	20/04/2026	9:00 A.M - 10:00 A.M	
Realizar jornadas informativas sobre cuidados alimenticios a 30 familias donde se hayan notificado niños o niñas en riesgo de desnutrición aguda o riesgo nutricional. En el entorno hogar zona urbana y rural del municipio.	3	BARRIO ANTINALLA 2	9/04/2026	2:00 PM - 5:00 P.M	30%

Powered by CamScanner

14 años y gestantes, articuladas con EAPB, en instituciones educativas y comunidades urbanas y rurales.	99	ALFONSO AVILA	23/04/2026	7:30 AM – 12:00 M	99%
		VILLA EDUARDO	24/04/2026	7:30 AM – 12:00 M	

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	**ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) NIT. No. 892.300.358-5**	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

CÓDIGO DE ACTIVIDAD	ACTIVIDAD	DESARROLLO
128	Ejecutar 26 talleres educativos y lúdicos sobre patrones alimentarios adecuados, lactancia materna, desnutrición aguda (3 mensajes claves), dirigidos a adolescentes, padres, cuidadores, gestantes en los entornos hogar, comunitario e institucional.	Se realizó un taller educativo y lúdico dirigido a adolescentes de la **Institución Educativa Francisco de Paula Santander – Sede Principal**, orientado a fortalecer conocimientos sobre hábitos y patrones alimentarios saludables, promoviendo la importancia de una alimentación balanceada, el autocuidado y la adopción de estilos de vida saludables que contribuyan al bienestar físico, emocional y al adecuado desarrollo durante la etapa de la adolescencia.

RESPONSABLES DE LA ACTIVIDAD
COMPONENTE DE SEGURIDAD NUTRICIONAL

ANEXOS
1. Acta 2. Oficio de concertación 3. Planillas de Asistencia 4. Registro fotográfico 5. Actividad educativa Arma el Plato saludable 6. Folleto Educativo sobre Alimentación Saludable 7. Enfoque diferencial

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	**ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)** **NIT. No. 892.300.358-5**	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

ACTA N° 13	**FECHA** 10/04/2026	**HORA DE INICIO:** 02:00 PM **HORA DE TERMINACION:** 03:00 PM	**LUGAR:** INSTITUCIÓN EDUCATIVA FRANCISCO DE PAULA SANTANDER – SEDE PRINCIPAL

OBJETIVO DE LA REUNION

Fortalecer en los adolescentes conocimientos y prácticas relacionadas con hábitos y estilos de vida saludable, promoviendo el autocuidado, la alimentación balanceada, la actividad física y la prevención de conductas de riesgo, contribuyendo al bienestar integral de la población estudiantil.

RESPONSABLE DE LA REUNION

Componente Seguridad Nutricional

AGENDA

1. Bienvenida y Rompehielos.
2. Presentación del personal y objetivo del encuentro.
3. Desarrollo del Tema.
4. Preguntas y Respuestas Interactivas.
5. Conclusiones y Cierre.

DESARROLLO DE LA AGENDA

En atención a las acciones de promoción y prevención de la salud desarrolladas por el ESE Hospital Agustín Codazzi, a través del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), se llevó a cabo una actividad educativa y lúdica dirigida a adolescentes de la Institución Educativa Francisco de Paula Santander – Sede Principal, con el propósito de fortalecer conocimientos relacionados con los hábitos y patrones alimentarios saludables durante la etapa de la adolescencia, promoviendo prácticas de autocuidado y estilos de vida que contribuyan al bienestar físico, emocional y social de los estudiantes.

La jornada inició con la bienvenida a los adolescentes participantes, donde el profesional responsable realizó la presentación del tema central y explicó la importancia de adoptar una alimentación saludable desde edades tempranas, resaltando que durante la adolescencia el cuerpo atraviesa múltiples cambios físicos, emocionales y hormonales que requieren una adecuada nutrición para favorecer el crecimiento, el desarrollo integral, el fortalecimiento del sistema inmunológico y un óptimo rendimiento académico. Posteriormente, se desarrolló una dinámica de integración y participación grupal que permitió generar un ambiente de confianza, respeto y motivación, favoreciendo la interacción entre los estudiantes y promoviendo la expresión de ideas y experiencias relacionadas con sus hábitos alimenticios cotidianos.

Durante el desarrollo de la actividad educativa, se abordaron diferentes aspectos relacionados con la alimentación balanceada y la importancia de mantener hábitos saludables. Inicialmente, se explicó qué son los patrones alimentarios y cómo estos corresponden al conjunto de hábitos y conductas relacionadas con la manera en que las personas seleccionan, preparan y consumen los alimentos diariamente. Asimismo, se enfatizó en que una alimentación adecuada debe incluir el consumo equilibrado de frutas, verduras, cereales, proteínas, lácteos y abundante agua, debido a que estos alimentos aportan vitaminas, minerales, proteínas y nutrientes esenciales para el buen funcionamiento del organismo.

De igual manera, se sensibilizó a los adolescentes sobre las consecuencias que puede generar una alimentación inadecuada, explicando que el consumo excesivo de comidas rápidas, bebidas azucaradas, fritos, golosinas y productos ultraprocesados puede aumentar el riesgo de presentar enfermedades como obesidad, anemia, diabetes, hipertensión, problemas digestivos y alteraciones en el estado de ánimo. Además, se resaltó que los malos hábitos alimenticios también pueden afectar el rendimiento escolar, disminuir la energía y generar dificultades en la concentración y el aprendizaje.

Durante la orientación, también se promovió la importancia de establecer horarios adecuados de alimentación, evitando omitir comidas principales como el desayuno, debido a que este constituye una de las fuentes principales de energía para iniciar las actividades diarias. Se recomendó consumir alimentos nutritivos en las meriendas escolares y reducir el consumo de productos con altos contenidos de azúcar y grasas saturadas. Asimismo, se brindaron recomendaciones sobre la adecuada hidratación y la importancia de consumir suficiente agua durante el día para mantener un adecuado funcionamiento del cuerpo y prevenir problemas de salud.

Posteriormente, se abordó la importancia de complementar una buena alimentación con la práctica de actividad física y estilos de vida saludables, resaltando que el ejercicio contribuye al fortalecimiento de músculos y

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

huesos, mejora la salud mental, ayuda al manejo del estrés y favorece una mejor calidad de vida. También se promovió el adecuado manejo del tiempo libre, incentivando la participación en actividades recreativas, deportivas y culturales que contribuyan al bienestar integral de los adolescentes.

Con el propósito de fortalecer los aprendizajes y promover la participación activa de los estudiantes, se realizaron dinámicas lúdicas, preguntas reflexivas y actividades grupales relacionadas con la clasificación de alimentos saludables y no saludables, permitiendo que los adolescentes compartieran sus opiniones, experiencias y conocimientos frente al tema tratado. Estas actividades facilitaron la comprensión de los contenidos desarrollados y permitieron aclarar inquietudes de manera participativa y dinámica.

Durante el espacio de conversatorio, los adolescentes manifestaron interés por conocer formas prácticas de mejorar su alimentación en el hogar y en la institución educativa, expresando algunas dificultades relacionadas con el consumo frecuente de comida rápida y la falta de hábitos saludables dentro de su rutina diaria. Frente a ello, se brindaron orientaciones encaminadas a promover pequeñas acciones de cambio que puedan ser implementadas progresivamente, resaltando la importancia de la responsabilidad individual y familiar en el cuidado de la salud.

Finalmente, la actividad culminó con un espacio de reflexión donde se invitó a los adolescentes a convertirse en promotores de hábitos saludables dentro de sus hogares, comunidad educativa y entorno social, fomentando prácticas de alimentación balanceada, actividad física y autocuidado. Asimismo, se resaltó la importancia de continuar fortaleciendo espacios pedagógicos y formativos que permitan orientar a la población adolescente sobre la adopción de estilos de vida saludables que contribuyan a mejorar su calidad de vida y prevenir enfermedades asociadas a una inadecuada alimentación.

COMPROMISOS:

c	COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA LIMITE
1	Ejecutar talleres educativos y lúdicos dirigidos a adolescentes, padres, cuidadores y gestantes, sobre patrones alimentarios adecuados, lactancia materna y prevención de la desnutrición aguda, en los entornos priorizados.	Componente Seguridad Nutricional – PIC	Actividad ejecutada en su totalidad o N/A
2	Fortalecer hábitos de alimentación saludable mediante el consumo adecuado de frutas; verduras y agua, disminuyendo la ingesta frecuente de comidas rápidas, bebidas azucaradas y productos ultraprocesados.	Adolescentes	N/A
3	Promover prácticas de autocuidado y estilos de vida saludables a través de la actividad física, el adecuado manejo del tiempo libre y la socialización de los aprendizajes adquiridos con compañeros y familiares de la Institución Educativa Francisco de Paula Santander.	Adolescentes / Cuerpo de Docentes	N/A

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) NIT. No. 892.300.358-5	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI

Para mayor constancia se firma en el municipio de Agustín Codazzi a los 10 **días del mes** 04 **de 2026.**

FIRMAN PARTICIPANTES:

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
Carmen C. Pérez A.	Coordinadora	
Ana Emma Monroy	Coordinadora Seguridad Nutn	

Se soporta listado de asistencia

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
Empresa Social del Estado

PIC
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI
2024 - 2027

Agustín Codazzi, 7 de abril del 2026

Licenciado:
ANTONIO LUQUETTA QUINTERO
Rector
Institución Educativa Francisco de Paula Santander

Asunto: Solicitud de permiso para realizar taller educativo sobre patrones alimentarios adecuados.

Cordial saludo,

En nombre del Hospital Agustín Codazzi E.S.E., a través del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y el componente de Seguridad Nutricional, solicitamos su valioso apoyo y autorización para llevar a cabo un taller educativo y lúdico dirigido a adolescentes del grado que la institución disponga, enfocado en la promoción de patrones alimentarios adecuados.

Esta actividad se realizará el día 10 de abril de 2026, en la jornada de la tarde a partir de las 2:00 p.m., en las instalaciones de la sede principal de su institución.

El objetivo del taller es fortalecer conocimientos y prácticas relacionadas con la alimentación saludable, contribuyendo al bienestar y desarrollo integral de los adolescentes.

De igual manera, solicitamos su aprobación para realizar el registro de asistencia de los participantes, así como la toma de evidencia fotográfica y audiovisual con fines institucionales, garantizando el uso adecuado y responsable de la información recolectada.

Agradecemos de antemano su atención y colaboración, quedando atentos a su respuesta.

Cordialmente,

Atentamente,

CLAUDIA PATRICIA CADENA R.
Coordinadora del PIC
Psicóloga
3104454624

ANA EMMA MONROY JIMENEZ
Coordinadora del Componente Seguridad Alimentaria
3233669113

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
Empresa Social del Estado

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI E.S.E.
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2026
COMPONENTE Seguridad Alimentaria

ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 2027

ACTIVIDAD Taller educativo y Ludico sobre Habitos alimentarios adecuados en la adolescencia

FECHA 10-04-2026 **RESPONSABLE** Componente Seguridad Alimentaria

LUGAR Institución educativa Francisco de Paula Santander - Sede Principal.

N	NOMBRE	ID	TELEFONO	AFILIACION AL SGSS					DISCAPACIDAD					SEXO		COMO SE IDENTIFICA USTED					CICLO VITAL						FIRMA
				S	C	V	E	N	F	V	A	C	M	F	M	AFRO	IND	DESP	DISC	LGBT	1ERA INF	IN F	ADO L	JUV	AD	AD MAYOR	
1	Camilo Andres Davila Machado	1065843178	3148813370	X											X								X				Camilo A.
2	Luis Felipe Jaramillo	1067623295	3175485282	X											X								X				Luis Felipe
3	Yilber Jose Mejia Ochoa	1062812409	3175485282	X											X								X				Yilber
4	Gabriela Sharlot Escobar Duarte	1066353482	3107435849	X										X									X				Gabriela S.
5	Jhoel santiago Gomez Pallares	1066353679	3136619054	X											X								X				Jhoel Santiago
6	Chris Fernandez Zarate Ruiz	1066353528	3144447891	X										X									X				Chris F.
7	Alan felipe Wilches Argote.	1066353074	3135758494	X											X								X				Alan Felipe
8	Luis Gerner salgado Martinez	1175715397	3116687202	X											X								X				Luis Gerner
9	Glenis Maseey Martinez.	1067621830	3108526119	X										X									X				Glenis
10	Jexibeth Alejandra Diaz Marquez	1067723124	3116382446	X										X									X				Jexibeth
	TOTAL			10										4	6								10				

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
Empresa Social del Estado

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI E.S.E.
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2026

ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

COMPONENTE Seguridad alimentaria

ACTIVIDAD Taller educativo y lúdico sobre hábitos alimentarios adecuados en la adolescencia

FECHA 10-04-2026. **RESPONSABLE** Componente seguridad alimentaria

LUGAR Institución educativa Francisco de Paula Santander - sede principal.

N	NOMBRE	ID	TELEFONO	AFILIACION AL SGSS					DISCAPACIDAD					SEXO		COMO SE IDENTIFICA USTED					CICLO VITAL						FIRMA
				S	C	V	E	N	F	V	A	C	M	F	M	AFRO	IND	DESP	DISC	LGBT	TERA INF	IN F	ADO L	JUV	AD	AD MAYOR	
1	Carmen Romero Perez	8174853	3529683	X										X									X				Carmen R
2	Alejandro Ovalle	1039699670	3118171576	X											X								X				Alejandro
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
	TOTAL			2										1	1								2				

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	**ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)** **NIT. No. 892.300.358-5**	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

TEMA:	Taller sobre Patrones Alimentarios Adolescentes
FECHA/HORA:	10/04/2025 – 2:00PM – 3:00PM
LUGAR/ZONA:	Institución Educativa Francisco de Paula Santander – Sede Central





Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) NIT. No. 892.300.358-5	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

Actividad Educativa Arma Tu Plato Saludable

ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

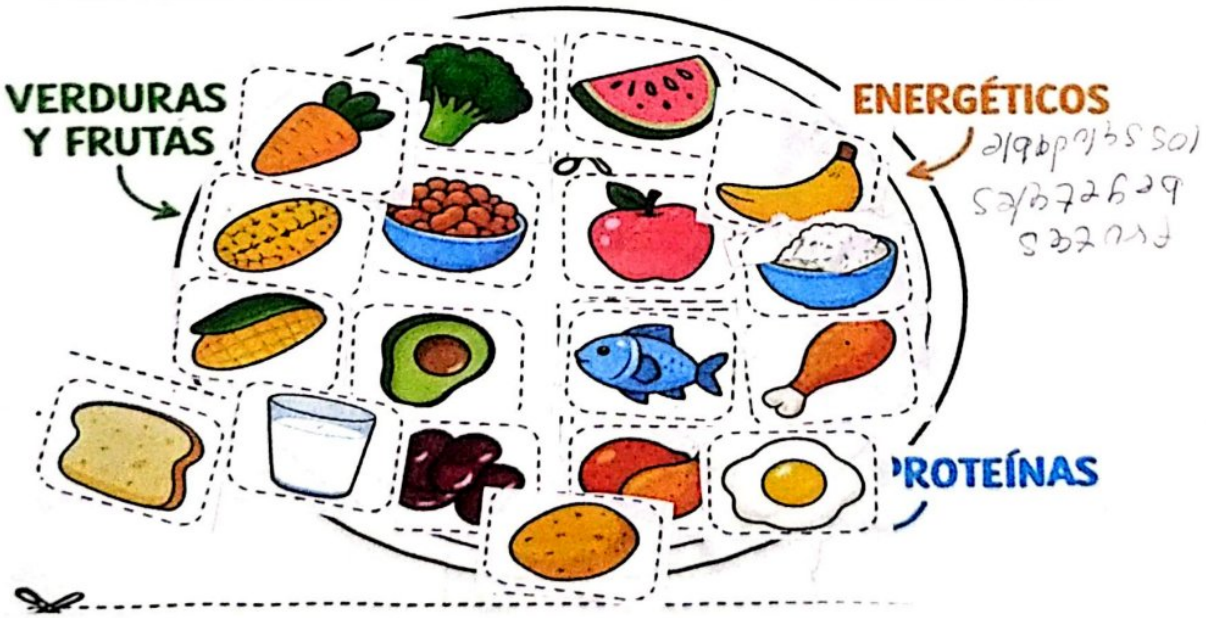
PIC PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI Empresa Social del Estado

COMPONENTE SEGURIDAD ALIMENTARIA

MI PLATO SALUDABLE

Recorta los alimentos y pégalos en el plato según corresponda



Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) NIT. No. 892.300.358-5	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

Actividad Educativa Arma Tu Plato Saludable

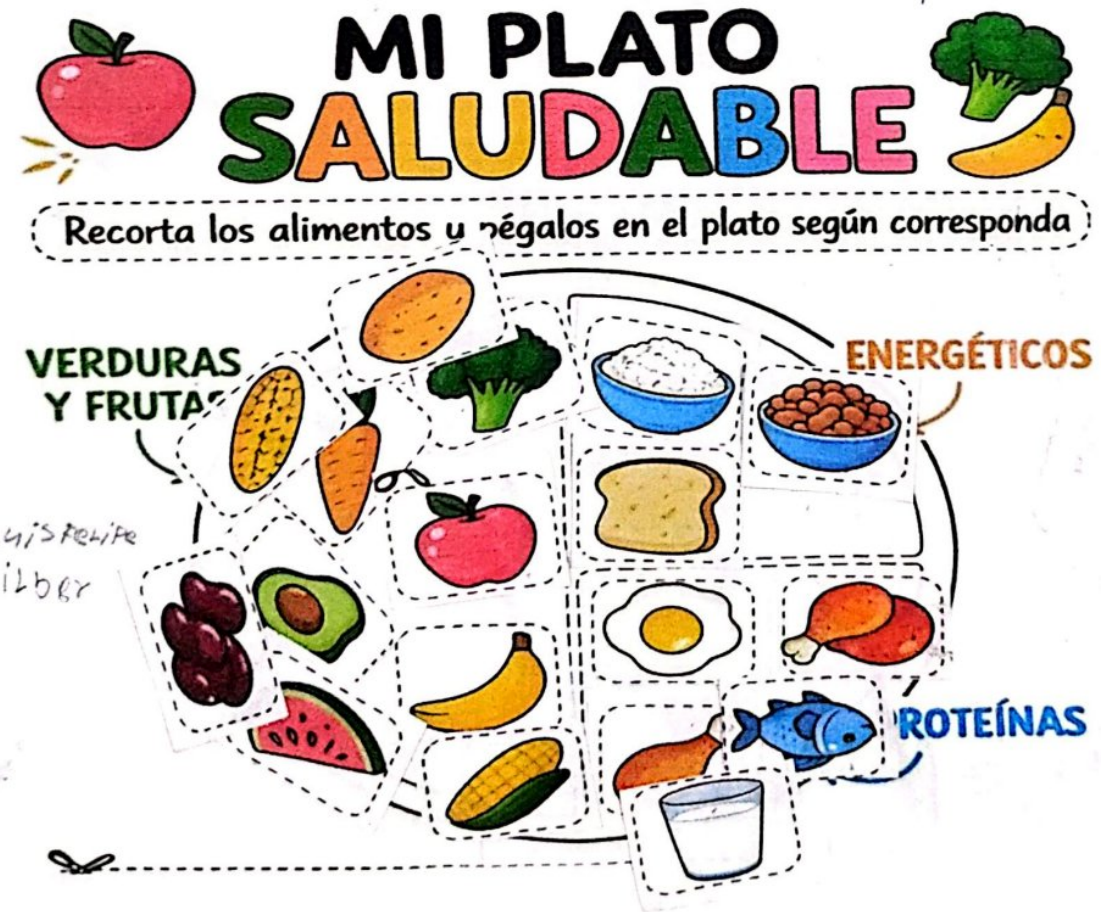
ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

PIC PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
Empresa Social del Estado

COMPONENTE SEGURIDAD ALIMENTARIA

Aclaración



Luis Felipe
Yilber

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

14

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) NIT. No. 892.300.358-5	ALCALDÍA AGUSTIN CODAZZI 2024 - 2027

Actividad Educativa Arma Tu Plato Saludable

ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

PIC PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

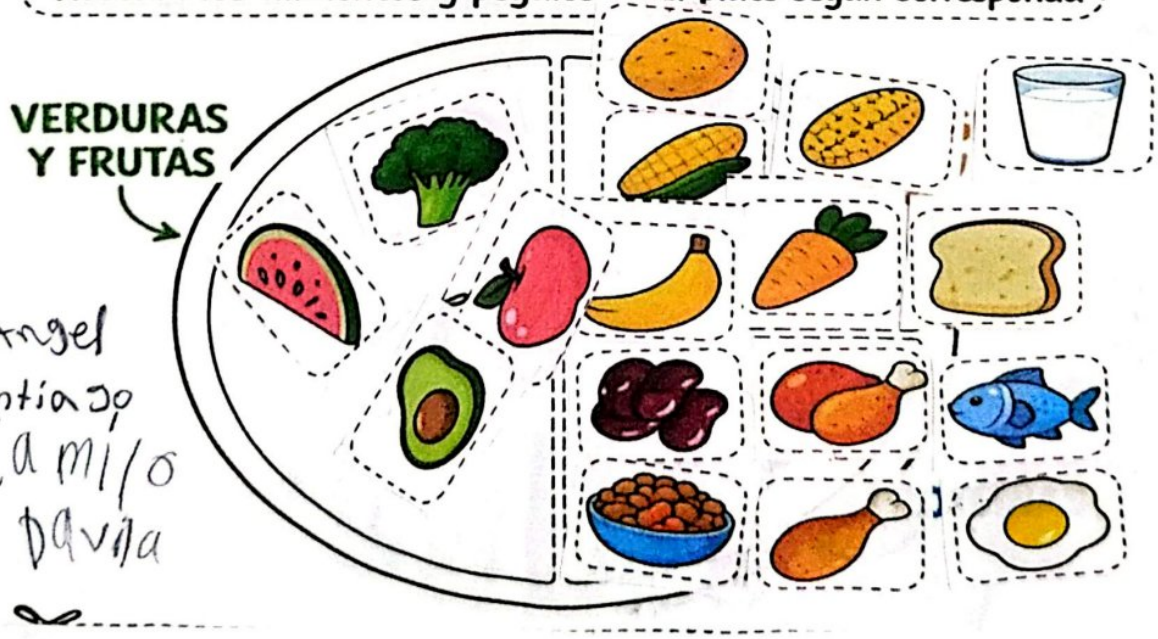
HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
Empresa Social del Estado

COMPONENTE SEGURIDAD ALIMENTARIA

Calificación

MI PLATO SALUDABLE

Recorta los alimentos y pégalos en el plato según corresponda



Angel
santiago
Camilo
Pavia

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

15

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) NIT. No. 892.300.358-5	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

Actividad Educativa Arma Tu Plato Saludable

ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

PIC PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

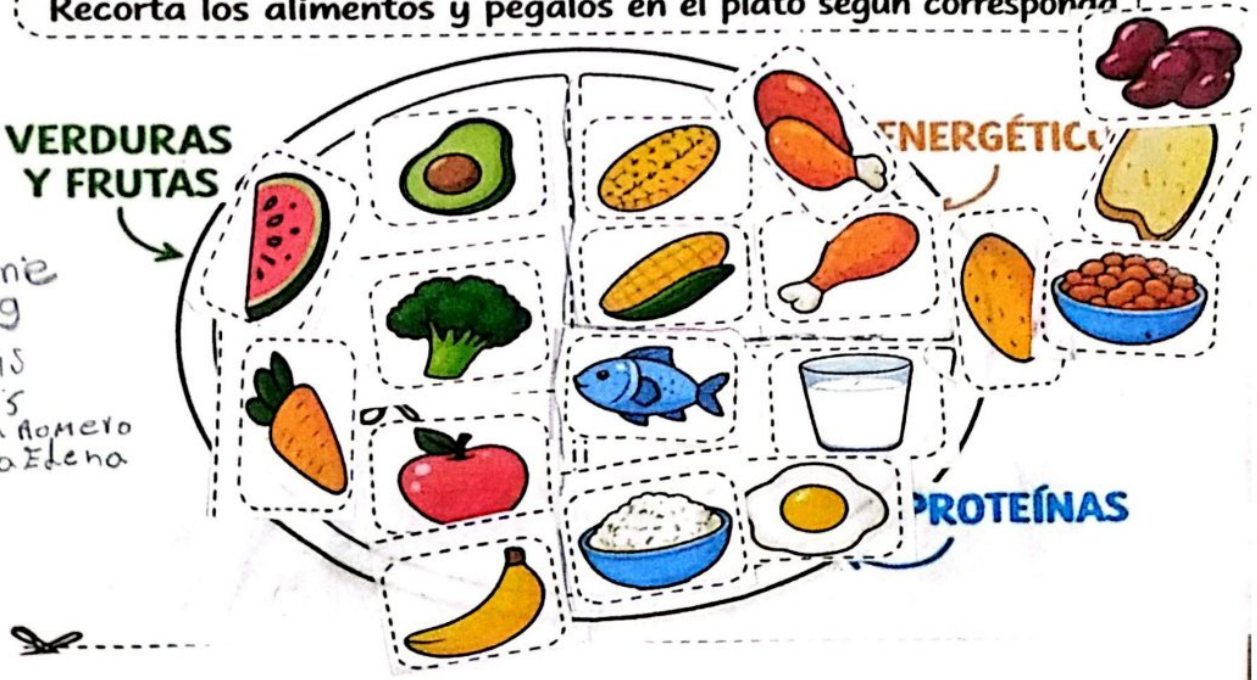
HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
Empresa Social del Estado

COMPONENTE SEGURIDAD ALIMENTARIA

Aceleración

MI PLATO SALUDABLE

Recorta los alimentos y pégalos en el plato según corresponda



Lorainé
Sining
Yeidis
Deidis
Carmen Romero
María Elena

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Folleto Educativo Alimentación Saludable

¿Qué alimentos evitar o limitar?



Gaseosas y bebidas azucaradas.



Paquetes, frituras, comidas rápidas.



Golosinas y productos ultraprocesados.



Exceso de sal, azúcar y grasas saturadas.

Mensajes claves de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población Colombiana:

- Prefiere alimentos frescos y preparados en casa.
- Aprovecha los productos locales y de temporada.
- Respeta la cultura y costumbres alimentarias.
- Cuida la higiene de los alimentos y del entorno.



ACTIVIDAD FÍSICA DIARIA: ¡MUÉVETE CADA DÍA!

Es importante mover el cuerpo al menos 60 minutos al día. No tiene que ser un ejercicio complicado: jugar, caminar, correr, bailar o montar bicicleta son excelentes opciones para niños y adultos. La actividad física ayuda a mantener un cuerpo sano, fortalecer músculos y huesos, mejorar el estado de ánimo y prevenir enfermedades. ¡Haz del movimiento una actividad diaria en familia!



ALIMENTAR ES EDUCAR: APRENDIENDO EN CASA

La hora de la comida es una oportunidad para enseñar. Involucra a los niños en la preparación de los alimentos, así aprenderán sobre ellos. Sirve porciones adecuadas para cada uno. Y lo más importante: come con ellos para dar el ejemplo. Si ven que tu disfrutas de una comida variada y saludable, ellos también lo harán.



HIDRATACIÓN: ¡AGUA PRIMERO!

Beber agua potable con frecuencia durante el día es clave. Siempre que tengas sed, elige agua. Es lo mejor para tu cuerpo y te ayuda a funcionar bien. Lleva siempre una botella de agua contigo para que sea más fácil recordar tomarla.



HORARIOS DE COMIDA: UN BUEN RITMO

Para tener buena energía, haz 3 comidas principales y 2 refrigerios saludables al día. Esto ayuda a que tu cuerpo tenga energía constante. También, come despacio, masticа bien y disfruta ese momento. Si puedes, comparte la comida en familia; es un buen momento para conectar y disfrutar.



PIC

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

"COMER SANO NO ES UNA DIETA, ES UN ESTILO DE VIDA QUE TE LLENA DE ENERGÍA Y VITALIDAD."



COMPONENTE: SEGURIDAD NUTRICIONAL - PIC 2026

Una buena alimentación es clave para crecer sanos, tener energía, mejorar la concentración, prevenir enfermedades como anemia, obesidad, desnutrición, diabetes e hipertensión, y fortalecer nuestras defensas.

¿QUÉ DEBE TENER UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE?

☑ Incluye todos los grupos de alimentos:



Verduras y frutas (5 porciones al día): Aportan vitaminas, minerales y fibra. Varía los colores. Prefiere crudas o al vapor.



Tubérculos y cereales integrales: Papa, yuca, plátano, arroz, maíz, avena. Son fuente de energía.



Leguminosas: Fríjol, lenteja, arveja, garbanzo. Ricos en proteína vegetal y fibra.



Proteínas de origen animal y vegetal: Huevo, carne magra, pescado, pollo, queso, soya. Ayudan al crecimiento y desarrollo.



Grasas saludables en poca cantidad: Aguacate, frutos secos, semillas, aceites vegetales (girasol, oliva, canola).

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) NIT. No. 892.300.358-5	ALCALDÍA AGUSTIN CODAZZI 2024 2027

1. Taller educativo y lúdico sobre Alimentación Saludable en La Adolescencia dirigido Adolescentes de la Institución Educativa Francisco de Paula Santander – Sede Principal.

ENFOQUE DIFERENCIAL																		
MES	CICLO VITAL						SEXO		AFILIADOS AL SGSSS			COMO SE IDENTIFICA USTED					
												GRUPO ETNICO			POBLACION		
	1ª Inf	Infan	Adoles c	Juv	Adul	Adul May	M	F	S	C	N	Afro	Ind	Mest	Desp	Disc	LGTB
ABRIL	0	0	12	0	0	0	7	5	12	0	0	0	0	0	0	0	0

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	**ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)** **NIT. No. 892.300.358-5**	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

CÓDIGO DE ACTIVIDAD	ACTIVIDAD	DESARROLLO
128	Ejecutar 26 talleres educativos y lúdicos sobre patrones alimentarios adecuados, lactancia materna, desnutrición aguda (3 mensajes claves), dirigidos a adolescentes, padres, cuidadores, gestantes en los entornos hogar, comunitario e institucional.	Se realizó un taller educativo y lúdico dirigido a adolescentes de la **Institución Educativa Francisco de Paula Santander – Sede Camilo Torres**, orientado a fortalecer conocimientos sobre hábitos y patrones alimentarios saludables, promoviendo la importancia de una alimentación balanceada, el autocuidado y la adopción de estilos de vida saludables que contribuyan al bienestar físico, emocional y al adecuado desarrollo durante la etapa de la adolescencia.

RESPONSABLES DE LA ACTIVIDAD

COMPONENTE DE SEGURIDAD NUTRICIONAL

ANEXOS

1. Acta
2. Oficio de concertación
3. Planillas de Asistencia
4. Registro fotográfico
5. Actividad educativa Arma el Plato saludable
6. Folleto Educativo sobre Alimentación Saludable
7. Enfoque diferencial

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	**ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)** **NIT. No. 892.300.368-6**	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

ACTA N° 14	FECHA 20/04/2026	HORA DE INICIO: 09:00 AM HORA DE TERMINACION: 10:15 AM	LUGAR: INSTITUCIÓN EDUCATIVA FRANCISCO DE PAULA SANTANDER – SEDE CAMILO TORRES

OBJETIVO DE LA REUNION

Fortalecer en los adolescentes conocimientos y prácticas relacionadas con hábitos y estilos de vida saludable, promoviendo el autocuidado, la alimentación balanceada, la actividad física y la prevención de conductas de riesgo, contribuyendo al bienestar integral de la población estudiantil.

RESPONSABLE DE LA REUNION

Componente seguridad nutricional

AGENDA

1. Bienvenida y Rompehielos.
2. Presentación del personal y objetivo del encuentro.
3. Desarrollo del Tema.
4. Preguntas y Respuestas Interactivas.
5. Conclusiones y Cierre.

DESARROLLO DE LA AGENDA

En atención a las acciones de promoción y prevención de la salud desarrolladas por el ESE Hospital Agustín Codazzi, a través del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), se llevó a cabo una actividad educativa y lúdica dirigida a adolescentes de la Institución Educativa Francisco de Paula Santander – Sede Principal, con el propósito de fortalecer conocimientos relacionados con los hábitos y patrones alimentarios saludables durante la etapa de la adolescencia, promoviendo prácticas de autocuidado y estilos de vida que contribuyan al bienestar físico, emocional y social de los estudiantes.

La jornada inició con la bienvenida a los adolescentes participantes, donde el profesional responsable realizó la presentación del tema central y explicó la importancia de adoptar una alimentación saludable desde edades tempranas, resaltando que durante la adolescencia el cuerpo atraviesa múltiples cambios físicos, emocionales y hormonales que requieren una adecuada nutrición para favorecer el crecimiento, el desarrollo integral, el fortalecimiento del sistema inmunológico y un óptimo rendimiento académico. Posteriormente, se desarrolló una dinámica de integración y participación grupal que permitió generar un ambiente de confianza, respeto y motivación, favoreciendo la interacción entre los estudiantes y promoviendo la expresión de ideas y experiencias relacionadas con sus hábitos alimenticios cotidianos.

Durante el desarrollo de la actividad educativa, se abordaron diferentes aspectos relacionados con la alimentación balanceada y la importancia de mantener hábitos saludables. Inicialmente, se explicó qué son los patrones alimentarios y cómo estos corresponden al conjunto de hábitos y conductas relacionadas con la manera en que las personas seleccionan, preparan y consumen los alimentos diariamente. Asimismo, se enfatizó en que una alimentación adecuada debe incluir el consumo equilibrado de frutas, verduras, cereales, proteínas, lácteos y abundante agua, debido a que estos alimentos aportan vitaminas, minerales, proteínas y nutrientes esenciales para el buen funcionamiento del organismo.

De igual manera, se sensibilizó a los adolescentes sobre las consecuencias que puede generar una alimentación inadecuada, explicando que el consumo excesivo de comidas rápidas, bebidas azucaradas, fritos, golosinas y productos ultraprocesados puede aumentar el riesgo de presentar enfermedades como obesidad, anemia, diabetes, hipertensión, problemas digestivos y alteraciones en el estado de ánimo. Además, se resaltó que los malos hábitos alimenticios también pueden afectar el rendimiento escolar, disminuir la energía y generar dificultades en la concentración y el aprendizaje.

Durante la orientación, también se promovió la importancia de establecer horarios adecuados de alimentación, evitando omitir comidas principales como el desayuno, debido a que este constituye una de las fuentes principales de energía para iniciar las actividades diarias. Se recomendó consumir alimentos nutritivos en las meriendas escolares y reducir el consumo de productos con altos contenidos de azúcar y grasas saturadas. Asimismo, se brindaron recomendaciones sobre la adecuada hidratación y la importancia de consumir suficiente agua durante el día para mantener un adecuado funcionamiento del cuerpo y prevenir problemas de salud.

Posteriormente, se abordó la importancia de complementar una buena alimentación con la práctica de

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

actividad física y estilos de vida saludables, resaltando que el ejercicio contribuye al fortalecimiento de músculos y huesos, mejora la salud mental, ayuda al manejo del estrés y favorece una mejor calidad de vida. También se promovió el adecuado manejo del tiempo libre, incentivando la participación en actividades recreativas, deportivas y culturales que contribuyan al bienestar integral de los adolescentes.

Con el propósito de fortalecer los aprendizajes y promover la participación activa de los estudiantes, se realizaron dinámicas lúdicas, preguntas reflexivas y actividades grupales relacionadas con la clasificación de alimentos saludables y no saludables, permitiendo que los adolescentes compartieran sus opiniones, experiencias y conocimientos frente al tema tratado. Estas actividades facilitaron la comprensión de los contenidos desarrollados y permitieron aclarar inquietudes de manera participativa y dinámica.

Durante el espacio de conversatorio, los adolescentes manifestaron interés por conocer formas prácticas de mejorar su alimentación en el hogar y en la institución educativa, expresando algunas dificultades relacionadas con el consumo frecuente de comida rápida y la falta de hábitos saludables dentro de su rutina diaria. Frente a ello, se brindaron orientaciones encaminadas a promover pequeñas acciones de cambio que puedan ser implementadas progresivamente, resaltando la importancia de la responsabilidad individual y familiar en el cuidado de la salud.

Finalmente, la actividad culminó con un espacio de reflexión donde se invitó a los adolescentes a convertirse en promotores de hábitos saludables dentro de sus hogares, comunidad educativa y entorno social, fomentando prácticas de alimentación balanceada, actividad física y autocuidado. Asimismo, se resaltó la importancia de continuar fortaleciendo espacios pedagógicos y formativos que permitan orientar a la población adolescente sobre la adopción de estilos de vida saludables que contribuyan a mejorar su calidad de vida y prevenir enfermedades asociadas a una inadecuada alimentación.

COMPROMISOS:

c	COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA LIMITE
1	Ejecutar talleres educativos y lúdicos dirigidos a adolescentes, padres, cuidadores y gestantes, sobre patrones alimentarios adecuados, lactancia materna y prevención de la desnutrición aguda, en los entornos priorizados.	Componente Seguridad Nutricional – PIC	Actividad ejecutada en su totalidad o N/A
2	Fortalecer hábitos de alimentación saludable mediante el consumo adecuado de frutas, verduras y agua, disminuyendo la ingesta frecuente de comidas rápidas, bebidas azucaradas y productos ultraprocesados.	Adolescentes	N/A
3	Promover prácticas de autocuidado y estilos de vida saludables a través de la actividad física, el adecuado manejo del tiempo libre y la socialización de los aprendizajes adquiridos con compañeros y familiares de la Institución Educativa Francisco de Paula Santander.	Adolescentes / Cuerpo de Docentes	N/A

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	**ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)** **NIT. No. 892.300.358-5**	ALCALDÍA AGUSTIN CODAZZI 2024 - 2027

Para mayor constancia se firma en el municipio de Agustín Codazzi a los 20 **días del mes** 04 **de 2026.**

FIRMAN PARTICIPANTES:

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
Nutmay Quintero M	Coordinadora	
Ana Emma Monsalvo	coordinadora Comp seguri Nutric	

Se soporta listado de asistencia

Powered by CamScanner

22

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
Empresa Social del Estado

PIC
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI
2024 - 2027

Agustin Codazzi, 7 de abril del 2026

Licenciado:
ANTONIO LUQUETTA QUINTERO
Rector
Institución Educativa Francisco de Paula Santander - Sede Camilo Torres

Asunto: Solicitud de permiso para realizar taller educativo sobre patrones alimentarios adecuados.

Cordial saludo,

En nombre del Hospital Agustín Codazzi E.S.E., a través del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y el componente de Seguridad Nutricional, solicitamos su valioso apoyo y autorización para llevar a cabo un taller educativo y lúdico dirigido a adolescentes del grado que la institución disponga, enfocado en la promoción de patrones alimentarios adecuados.

Esta actividad se realizará el día 20 de abril de 2026, en la jornada de la mañana a partir de las 9:00 a.m., en las instalaciones de la sede Camilo Torres.

El objetivo del taller es fortalecer conocimientos y prácticas relacionadas con la alimentación saludable, contribuyendo al bienestar y desarrollo integral de los adolescentes.

De igual manera, solicitamos su aprobación para realizar el registro de asistencia de los participantes, así como la toma de evidencia fotográfica y audiovisual con fines institucionales, garantizando el uso adecuado y responsable de la información recolectada.

Agradecemos de antemano su atención y colaboración, quedando atentos a su respuesta.

Cordialmente,

Atentamente,

Rector
08-04-2026
Luis A. Mejía C.

CLAUDIA PATRICIA CADENA R.
Coordinadora del PIC
Psicóloga
3104454624

ANA EMMA MONROY JIMENEZ
Coordinadora del Componente Seguridad Alimentaria
3233669113

P/so Luquetta
Coordinación
17-04-26
8:30 a.m.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
Empresa Social del Estado

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI E.S.E.
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2026
COMPONENTE Seguridad Nutricional

ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

ACTIVIDAD Taller Educativo Ludico sobre ~~Patrones~~ Alimentarios adecuados en la Adolescencia
FECHA 20/04/2026 **RESPONSABLE** Componente Seguridad Nutricional
LUGAR Institucion Educativa Francisco de Paula Santander - sede Camilo Torres

N	NOMBRE	ID	TELEFONO	AFILIACION AL SGSS					DISCAPACIDAD					SEXO		COMO SE IDENTIFICA USTED					CICLO VITAL						FIRMA
				S	C	V	E	N	F	V	A	C	M	F	M	AFRO	IND	DESP	DISC	LGBT	1ERA INF	IN F	ADOL	JUV	AD	AD MAYOR	
1	Yeimar Alberto Bermudez De Arroyo	1067725726	3135349793	X											X								X				Yeimar
2	Carlos Beam Calderon	1067726248	3206820260	X											X								X				Carlos
3	Jhoiner Sonin Cogollo Ferdez	1066352422	3115593164	X											X								X				Jhoiner
4	Wisa Teresa Contreras Nuñez	1066353131	3104616475	X										X									X				Wisa Contreras
5	Miguel Angel Cabbacha	1120749373	3206253495	X											X								X				Miguel Angel
6	Robinson Ricardo Contreras Pulbes.	1067724482	3107164269	X											X								X				Robinson Contreras
7	Doreth Cardina Escalerabal.	1067722915	3013075643	X										X									X				Doreth Escalera
8	Andrea Sofia Gomez Suinas	1067724466	3136236659	X										X									X				Andrea Gomez
9	Aglin Sofia Gonzalez Pacheco	1065904149	3173261991	X										X									X				Aglin Gonzalez
10	Jimena Sofia Teresa Rosado	1066353754	3205608642	X										X									X				Jimena H.D
	TOTAL			10										5	5								10				

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
Empresa Social del Estado

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI E.S.E.
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2026
COMPONENTE Seguridad Nutricional

ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

ACTIVIDAD Taller Educativo y lúdico sobre Patrones Alimentarios adecuado en la Adolescencia
FECHA 20/04/2026 **RESPONSABLE** Componente Seguridad Nutricional
LUGAR Institución Educativa Francisco de Paula Santander - sede Camilo Torres

N	NOMBRE	ID	TELEFONO	AFILIACION AL SGSS					DISCAPACIDAD					SEXO		COMO SE IDENTIFICA USTED					CICLO VITAL						FIRMA
				S	C	V	E	N	F	V	A	C	M	F	M	AFRO	IND	DESP	DISC	LGBT	1ERA INF	IN F	ADOL	JUV	AD	AD MAYOR	
1	Jaxon David Jimenez Vargas	1066352848	3122910950	X											X								X				Jaxon
2	Luz Kathy Lava Rodo.	1066353224	3147495886	X										X									X				Luz Kathy lava
3	Hanns Lopez Cuntero.	1044637056	3212359199	X											X								X				
4	Jazmibeth Vittel Lobo Barbosa.	5649272	3016846787	X										X									X				Jazmibeth Lazaro
5	Zhaira Mieles Mouri Campo.	1066352412	3228670661	X										X									X				Zhaira Mieles
6	Mieles Castro Lopez Benedo.	1148140983	3126084955	X										X									X				Laura mieles
7	Faber camilo Medina Salinas.	1062401137	3045399971	X											X								X				faber Salinas
8	Linda Lucia Manrique Arias.	1066352798	3016795597		X									X									X				Linda Lucia
9	Luis Daniel Noriega Cadena	1067724431	3154947818	X											X								X				Luis Daniela
10	Maira Lucia Ortiz Salazar	1066353259	3014227923	X										X									X				Maira Salazar
	TOTAL			9	1									6	4								10				

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
Empresa Social del Estado

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI E.S.E.
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2026
COMPONENTE Seguridad Nutricional

ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

ACTIVIDAD Taller Educativo Yludico Sobre Patrones Alimentarios adecuados en la Adolescencia
FECHA 20/04/2026 **RESPONSABLE** Componente Seguridad Nutricional
LUGAR Institución Educativa Francisco de Paula Santander - Sede Camilo Torres

N	NOMBRE	ID	TELEFONO	AFILIACION AL SGSS					DISCAPACIDAD					SEXO		COMO SE IDENTIFICA USTED					CICLO VITAL						FIRMA
				S	C	V	E	N	F	V	A	C	M	F	M	AFRO	IND	DESP	DISC	LGBT	1ERA INF	IN F	ADOL	JUV	AD	AD MAYOR	
1	Yeimar de Jesus Maldonado	1067618324	3015239898		X										X								X				
2	Jose Daniel Quintero Zapata	1067727182	3212359999	X											X								X				Jose Quintero
3	Luis Santiago Pena Alvares.	1067725943	3043767404	X											X								X				Luis Alvarez. Jose salcedo M.
4	Jose Angel Salcedo Murillo.	1066352020	3202778572	X											X								X				Jose Miguel Salcedo
5	Evelin Liliana Palmera Pedraza	1067725464	3107212968	X										X									X				Evelyn Sam Lorio
6	Yeli Joel Solo Sanja.	1066351451	3022778572	X											X								X				Yeefry
7	Victor Manuel Torres Bubula.	1067725842	3212656672	X											X								X				Victor Torres
8	Yeiner Yesid Vasquez Bermudez	1066352473	3024388610	X											X								X				Yeiner Vasquez
9	Schanna Valentina Vera Arenas.	1067725676	3133956941	X										X									X				Schanna Vera
10																											
	TOTAL			8	1									2	7								9				

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	**ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)** **NIT. No. 892.300.358-5**	ALCALDÍA AGUSTIN CODAZZI 2024 - 2027

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

TEMA:	Taller sobre patrones alimentarios adecuados en la Adolescencia
FECHA/HORA:	20/04/2026 - 9:00 A.M - 10:15 A.M
LUGAR/ZONA:	Institución Educativa Francisco de Paula Santander – Sede Camilo Torres





Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) NIT. No. 892.300.368-5	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

Actividad educativa Arma el Plato Saludable

ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

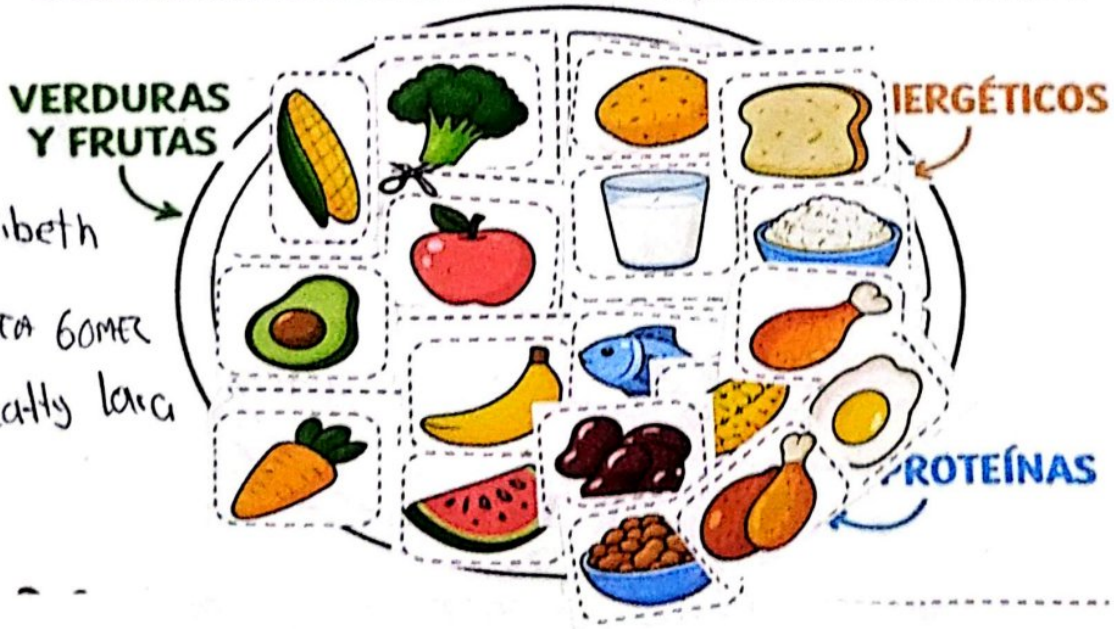
PIC PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI

COMPONENTE SEGURIDAD ALIMENTARIA

MI PLATO SALUDABLE

Recorta los alimentos y pégalos en el plato según corresponda



Jazmibeth

ANDREA GOMEZ

Luz Kathy Lara

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) NIT. No. 892.300.358-5	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

Actividad educativa Arma el Plato Saludable

yeimar victor jordan pitalua quintero andres

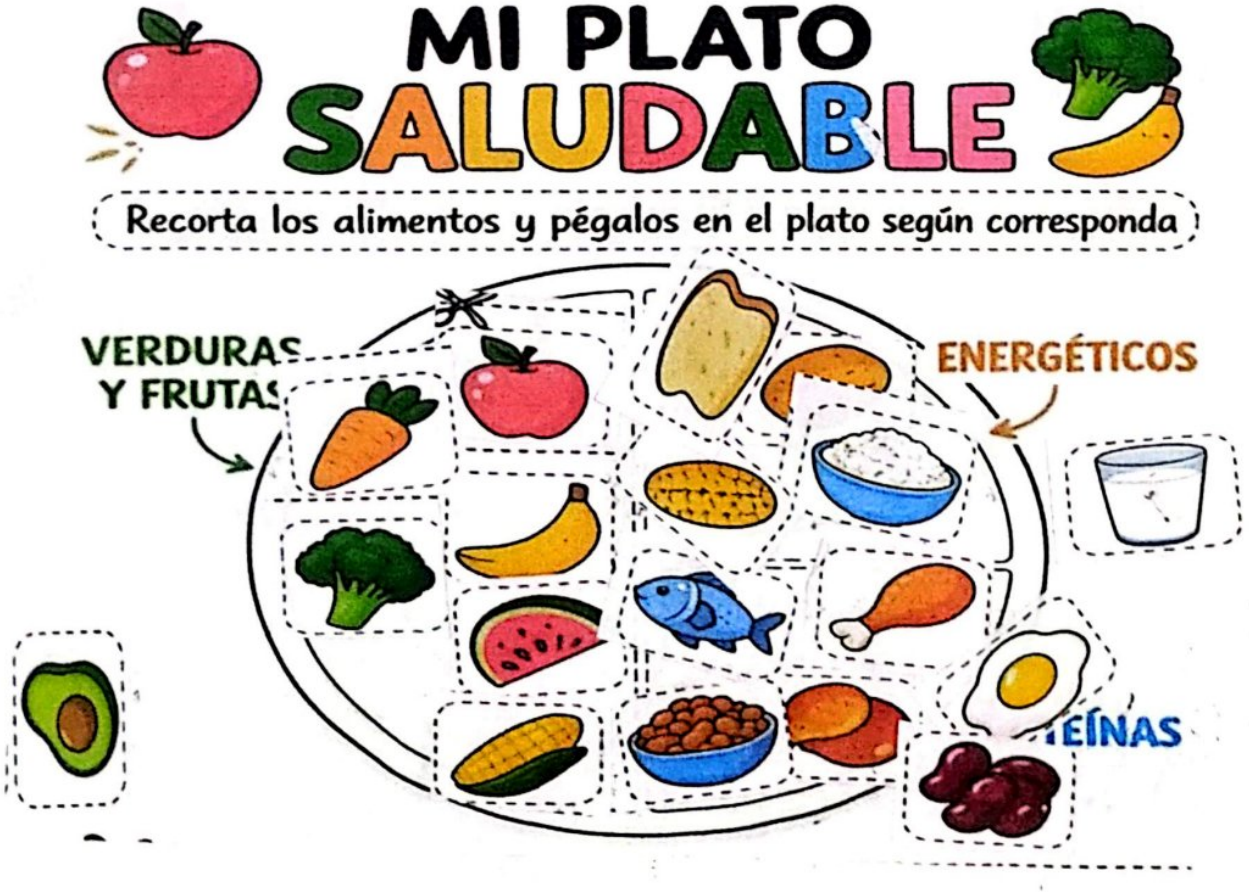
ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

PIC PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI Empresa Social del Estado

Camilo Torres

COMPONENTE SEGURIDAD ALIMENTARIA



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) NIT. No. 892.300.358-5	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

Actividad educativa Arma el Plato Saludable

ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

PIC PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

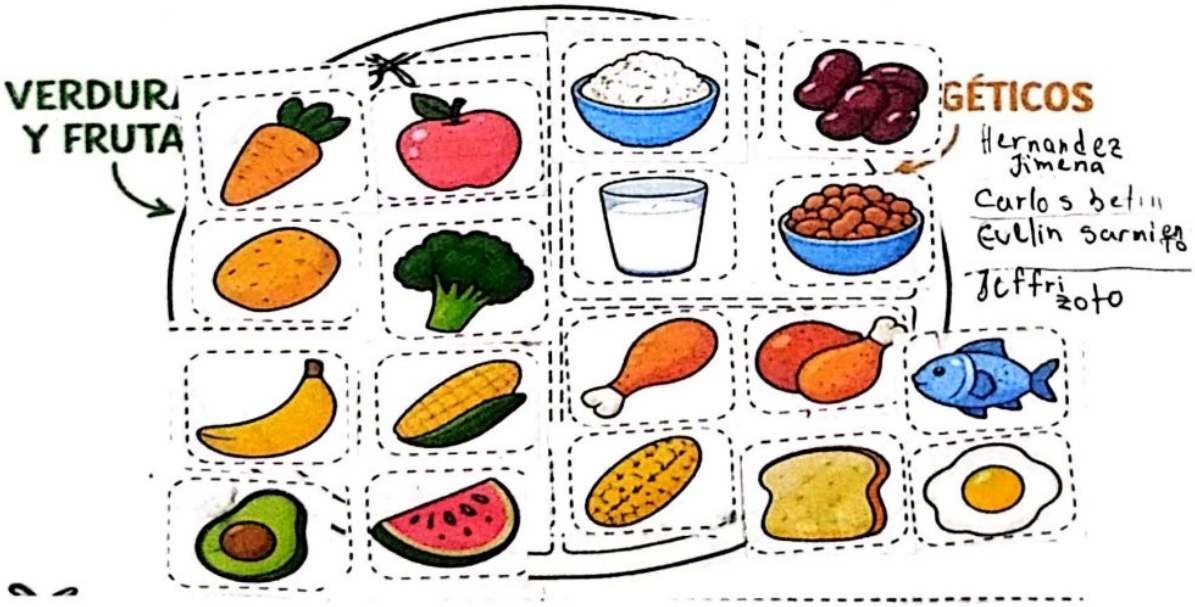
HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI Empresa Social del Estado

COMPONENTE SEGURIDAD ALIMENTARIA

Camilo Torres

MI PLATO SALUDABLE

Recorta los alimentos y pégalos en el plato según corresponda



Hernandez Jimena
Carlos Betin
Cullin Sarmiento
Jeffri Soto

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) NIT. No. 892.300.358-5	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

Actividad Educativa Arma Tu Plato Saludable

ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

PIC PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
Empresa Social del Estado

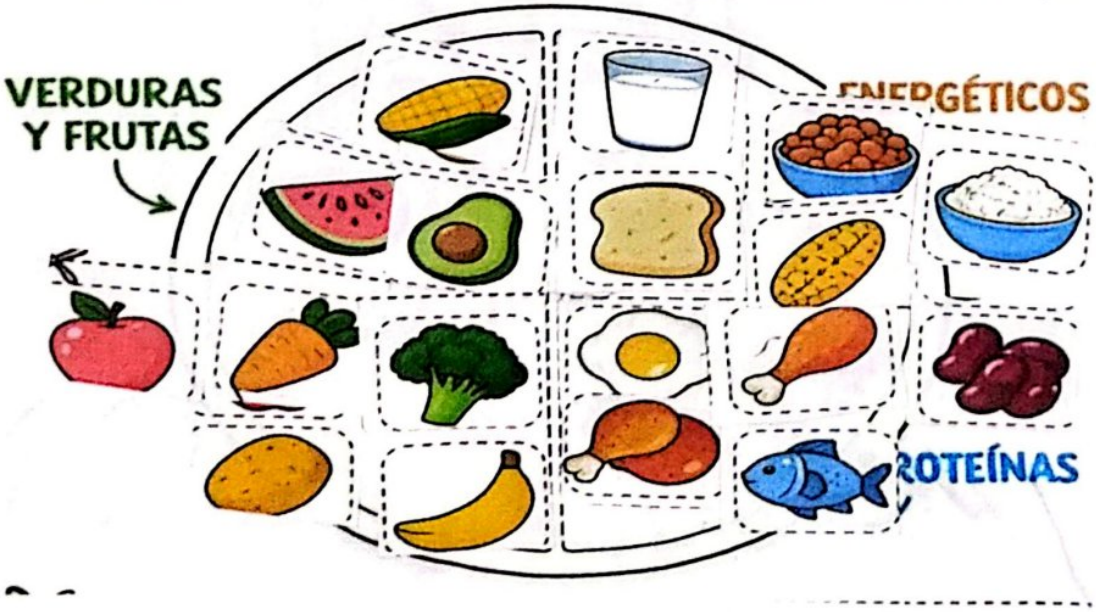
Camilo Torres

COMPONENTE SEGURIDAD ALIMENTARIA

Jose Salcedo
Jhonney Sanchez

MI PLATO SALUDABLE

Recorta los alimentos y pégalos en el plato según corresponda



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) NIT. No. 892.300.358-5	ALCALDÍA AGUSTIN CODAZZI 2024 - 2027

Actividad Educativa Arma Tu Plato Saludable

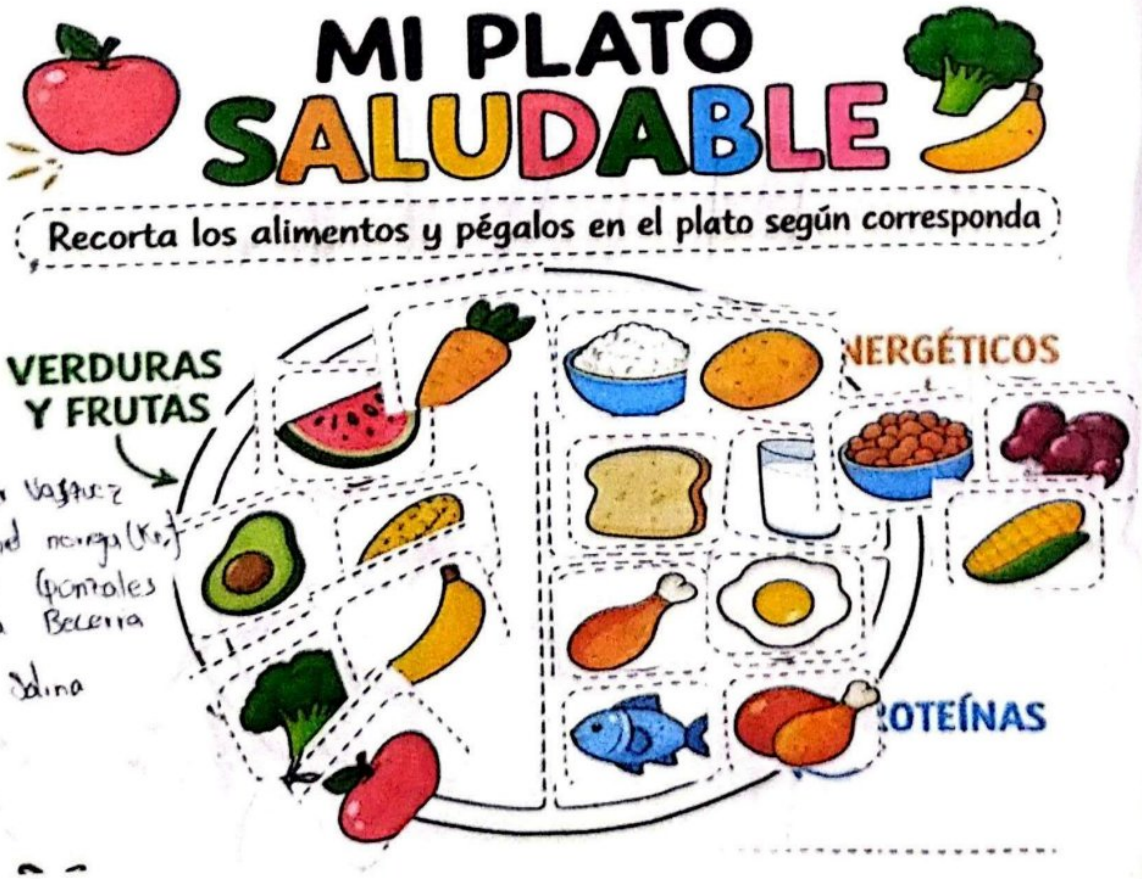
ALCALDÍA AGUSTIN CODAZZI 2024 - 2027

PIC PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI

Camilo Torres

COMPONENTE SEGURIDAD ALIMENTARIA



Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) NIT. No. 892.300.358-5	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

Folleto
Educativo sobre Alimentación Saludable

¿Qué alimentos evitar o limitar?



Gaseosas y bebidas azucaradas.



Paquetes, frituras, comidas rápidas.



Golosinas y productos ultraprocesados.



Exceso de sal, azúcar y grasas saturadas.

Mensajes claves de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población Colombiana:

- Prefiere alimentos frescos y preparados en casa.
- Aprovecha los productos locales y de temporada.
- Respeta la cultura y costumbres alimentarias.
- Cuida la higiene de los alimentos y del entorno.



PIC

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

"COMER SANO NO ES UNA DIETA, ES UN ESTILO DE VIDA QUE TE LLENA DE ENERGÍA Y VITALIDAD."



COMPONENTE: SEGURIDAD NUTRICIONAL - PIC 2026

Una buena alimentación es clave para crecer sanos, tener energía, mejorar la concentración, prevenir enfermedades como anemia, obesidad, desnutrición, diabetes e hipertensión, y fortalecer nuestras defensas.

ACTIVIDAD FÍSICA DIARIA: ¡MUÉVETE CADA DÍA!

Es importante mover el cuerpo al menos 60 minutos al día. No tiene que ser un ejercicio complicado: jugar, caminar, correr, bailar o montar bicicleta son excelentes opciones para niños y adultos. La actividad física ayuda a mantener un cuerpo sano, fortalecer músculos y huesos, mejorar el estado de ánimo y prevenir enfermedades. ¡Haz del movimiento una actividad diaria en familia!



ALIMENTAR ES EDUCAR: APRENDIENDO EN CASA

La hora de la comida es una oportunidad para enseñar. Involucra a los niños en la preparación de los alimentos, así aprenderán sobre ellos. Sirve porciones adecuadas para cada uno. Y lo más importante: come con ellos para dar el ejemplo. Si ven que tú disfrutas de una comida variada y saludable, ellos también lo harán.



HIDRATACIÓN: ¡AGUA PRIMERO!

Beber agua potable con frecuencia durante el día es clave. Siempre que tengas sed, elige agua. Es lo mejor para tu cuerpo y te ayuda a funcionar bien. Lleva siempre una botella de agua contigo para que sea más fácil recordar tomarla.



HORARIOS DE COMIDA: UN BUEN RITMO

Para tener buena energía, haz 3 comidas principales y 2 refrigerios saludables al día. Esto ayuda a que tu cuerpo tenga energía constante. También, come despacio, mastica bien y disfruta ese momento. Si puedes, comparte la comida en familia; es un buen momento para conectar y disfrutar.



¿QUÉ DEBE TENER UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE?

☑ Incluya todos los grupos de alimentos:



Verduras y frutas (5 porciones al día): Aportan vitaminas, minerales y fibra. Varía los colores. Prefiere crudas o al vapor.



Tubérculos y cereales integrales: Papa, yuca, plátano, arroz, maíz, avena. Son fuente de energía.



Leguminosas: Fríjol, lenteja, arveja, garbanzo. Ricos en proteína vegetal y fibra.



Proteínas de origen animal y vegetal: Huevo, carne magra, pescado, pollo, queso, soya. Ayudan al crecimiento y desarrollo.



Grasas saludables en poca cantidad: Aguacate, frutos secos, semillas, aceites vegetales (girasol, oliva, canola).

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI Empresa Social del Estado	ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) NIT. No. 892.300.358-5	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

1. **Taller educativo y lúdico sobre patrones alimentarios adecuados en la Adolescencia, dirigida a Estudiantes de la Institución Educativa Francisco de Paula Santander – Sede Camilo Torres.**

ENFOQUE DIFERENCIAL																		
MES	CICLO VITAL						SEXO		AFILIADOS AL SGSSS			COMO SE IDENTIFICA USTED						
												GRUPO ETNICO			POBLACION			
	1ª Inf	Infan	Adoles c	Juv	Adul	Adul May	M	F	S	C	N	Afro	Ind	Mest	Desp	Disc	LGTB	
ABRIL	0	0	29	0	0	0	16	13	27	2	0	0	0	0	0	0	0	

Powered by CamScanner

CÓDIGO DE ACTIVIDAD	ACTIVIDAD	DESARROLLO
129	Realizar jornadas informativas sobre cuidados alimenticios a 30 familias donde se hayan notificado niños o niñas en riesgo de desnutrición aguda o riesgo nutricional. En el entorno hogar zona urbana y rural del municipio.	Se realizaron 3 visitas domiciliarias a familias del **Barrio La Antillana 2**, con el fin de brindar orientación sobre cuidados alimenticios a hogares con niños y niñas en riesgo de desnutrición aguda o riesgo nutricional. Durante las visitas, se compartieron recomendaciones prácticas para mejorar la alimentación y promover hábitos saludables, contribuyendo al fortalecimiento del bienestar de los niños y niñas.

RESPONSABLES DE LA ACTIVIDAD
COMPONENTE DE SEGURIDAD NUTRICIONAL

ANEXOS
1. Acta 2. Oficio de Concertación 3. Planillas de Asistencia 4. Registro fotográfico 5. Póster Educativo Señales de Alerta para Detectar a Tiempo la Desnutrición Infantil 6. Enfoque diferencial

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	**ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)** **NIT. No. 892.300.358-5**	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

ACTA N° 15	**FECHA** 9/04/2026	**HORA DE INICIO:** 02:00 PM **HORA DE TERMINACION:** 05:00 PM	**LUGAR:** BARRIO ANTILLANA 2

OBJETIVO DE LA REUNION

Fortalecer los conocimientos y prácticas de las familias en relación con los cuidados alimenticios, mediante la realización de jornadas informativas dirigidas a hogares con niños y niñas en riesgo de desnutrición aguda o riesgo nutricional, promoviendo así su adecuado crecimiento y desarrollo.

RESPONSABLE DE LA REUNION

Componente seguridad nutricional

AGENDA

1. Bienvenida.
2. Presentación del personal y objetivo del encuentro.
3. Desarrollo del Tema.
4. Preguntas y Respuestas Interactivas.
5. Conclusiones y Cierre.

DESARROLLO DE LA AGENDA

Desde el Hospital Agustín Codazzi E.S.E. y el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), en el marco de las acciones de promoción y prevención de la salud, se desarrollaron 3 visitas domiciliarias dirigidas a familias con niños y niñas identificados con riesgo nutricional en el barrio La Antillana 2.

Durante cada visita, se realizó un saludo cordial a las familias, generando un ambiente de confianza y disposición para el desarrollo de la actividad educativa en el hogar.

Se realizó la presentación del personal de salud responsable, explicando el objetivo de la visita, enfocado en brindar orientación sobre cuidados alimenticios y fortalecer los conocimientos de las familias con niños y niñas en riesgo de desnutrición aguda o riesgo nutricional.

Inicialmente, se explicó a los padres, madres y cuidadores que los riesgos nutricionales son aquellas condiciones o factores que pueden afectar negativamente el estado nutricional de los niños y niñas, como una alimentación inadecuada, baja ingesta de alimentos, enfermedades frecuentes, condiciones socioeconómicas limitadas o prácticas inadecuadas de alimentación y cuidado, lo que puede llevar a problemas como la desnutrición aguda.

Antes de iniciar con la orientación, se realizaron preguntas relacionadas con la alimentación y el estado de salud de los niños y niñas, tales como: qué alimentos consumen con mayor frecuencia, cuántas veces al día se alimentan y en qué cantidades, si reciben o recibieron lactancia materna, y qué tipo de alimentos suelen ofrecer en el hogar. Asimismo, se indagó sobre el estado de salud, preguntando si el niño o niña se enferma con frecuencia, si ha presentado episodios de diarrea o infecciones respiratorias, si ha tenido pérdida de peso reciente y cómo es su apetito (si come bien, poco o rechaza los alimentos). Esto permitió identificar conocimientos previos, prácticas familiares y posibles factores de riesgo, facilitando un abordaje más pertinente durante la actividad.

Seguidamente, se brindaron orientaciones amplias sobre la alimentación en niños y niñas menores de cinco años, resaltando que una adecuada nutrición es fundamental para el crecimiento, el desarrollo físico, cognitivo y emocional, así como para fortalecer el sistema inmunológico y prevenir enfermedades. Se enfatizó en la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, ya que proporciona todos los nutrientes necesarios, protege contra infecciones y fortalece el vínculo afectivo, recomendando su continuidad hasta los dos años junto con otros alimentos.

Posteriormente, se explicó la alimentación complementaria, indicando que a partir de los seis meses se deben introducir alimentos variados, en cantidades y consistencias adecuadas según la edad del niño o

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

niña. En este sentido, se profundizó en la importancia de incluir todos los grupos de alimentos en la dieta diaria: las frutas y verduras, que aportan vitaminas, minerales y fibra, ayudando a fortalecer las defensas y prevenir enfermedades; los cereales y tubérculos como arroz, maíz, avena, papa, yuca y plátano, que brindan la energía necesaria para el crecimiento, el juego y las actividades diarias; las leguminosas y alimentos de origen animal como fríjoles, lentejas, garbanzos, huevo, carne, pollo y pescado, que son fuente de proteínas y hierro, fundamentales para el desarrollo muscular, la formación de la sangre y la prevención de la anemia; los lácteos como leche, queso y yogur, que aportan calcio necesario para el fortalecimiento de huesos y dientes; y las grasas saludables como el aguacate y aceites vegetales, importantes para el desarrollo cerebral y la absorción de vitaminas.

Asimismo, se orientó sobre la importancia de ofrecer alimentos naturales y preparados en casa, mantener horarios adecuados de alimentación, brindar porciones acordes a la edad, incentivar el consumo de agua y evitar el consumo frecuente de productos ultraprocesados, bebidas azucaradas y alimentos con alto contenido de sal, azúcar y grasas, ya que estos pueden afectar la salud y el adecuado desarrollo de los niños y niñas.

Como parte de la estrategia educativa, se desarrolló en cada hogar la actividad lúdica del "semáforo de los alimentos", donde los padres y cuidadores clasificaron los alimentos según su frecuencia de consumo (alto, moderado o bajo), facilitando la comprensión y apropiación de hábitos saludables.

Finalmente, se explicó con un póster educativo, cuando existe riesgo nutricional o desnutrición, se pueden presentar signos de alarma como poco cabello que se cae fácilmente, piel seca o escamosa, brazos o piernas hinchados (edema), hundimiento de la piel al presionarla, palidez en palmas de las manos y plantas de los pies, cara pálida con ojos hundidos, extremidades muy delgadas, costillas marcadas con abdomen prominente, así como cambios en el comportamiento como desgano, falta de apetito, diarrea frecuente, irritabilidad, llanto excesivo o tristeza. Se enfatizó en la importancia de reconocer estos signos a tiempo y acudir de manera inmediata a los servicios de salud. Asimismo, se resaltó la importancia de realizar la desparasitación de manera periódica, asistir cumplidamente a los controles de crecimiento y desarrollo, y dar cumplimiento a las recomendaciones y controles indicados por el personal médico, como parte fundamental para la prevención de la desnutrición y el adecuado estado de salud de los niños y niñas.

FAMILIAS PARTICIPANTES

Durante el desarrollo de las visitas y las charlas educativas, participaron las siguientes madres, padres o cuidadores junto con los niños y niñas beneficiarios:

N°	Nombre de la madre/cuidador	Nombre del niño/niña	Documento Identidad niño/niña
1	Norelvis Mejia	Kenia Negrete Mejia	RC# 1067739246
2	Damaris Vega Saavedra (Abuela Materna)	Emma Lucia Barrios Vega	RC# 1067738328
3	Dalia Cristina Charris Alvarez	Ana Victoria Ortega Charris	RC# 1137882869

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI Empresa Social del Estado	**ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)** **NIT. No. 892.300.358-5**	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

COMPROMISOS:

c	COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA LIMITE
1	Realizar jornadas informativas sobre cuidados alimenticios a familias donde se hayan notificado niños o niñas en riesgo de desnutrición aguda o riesgo nutricional. En el entorno hogar zona urbana y rural del municipio.	Componente Seguridad Nutricional– PIC	Actividad ejecutada en su totalidad o N/A
2	Promover en el hogar una alimentación balanceada que incluya todos los grupos de alimentos para favorecer el adecuado crecimiento y desarrollo del niño o niña, manteniéndose atentos a los signos de alarma asociados a la desnutrición y asistiendo oportunamente a los controles y servicios de salud cuando sea necesario.	Familias participantes.	N/A

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	**ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)** **NIT. No. 892.300.358-5**	ALCALDÍA AGUSTIN CODAZZI 2024 - 2027

Para mayor constancia se firma en el municipio de Agustin Codazzi a los 9 **días del mes** 04 **de 2026.**

FIRMAN PARTICIPANTES:

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
Yiomara Balmaceda M	Presidenta	Yiomara Balmaceda M
Ana Emma Monroy	Coordinadora Seguridad Nutricio	Ana E Monroy

Se soporta listado de asistencia

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

39

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
Empresa Social del Estado

PIC
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI
2024 - 2027

Agustín Codazzi, 6 de abril de 2026

Recibido 6 de abril
Xiomara Balmaceda

Señora
XIOMARA BALMACEDA MARTINEZ
Presidenta JAC Barrio Antillana 2

Asunto: Solicitud de apoyo para jornada informativa en salud nutricional

Cordial saludo,

En nombre del Hospital Agustín Codazzi E.S.E., a través del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y el componente de Seguridad Nutricional, me permito solicitar muy respetuosamente su valioso apoyo y autorización para llevar a cabo una actividad comunitaria en el barrio Antillana 2, orientada a la promoción de la salud y la prevención de la desnutrición infantil.

La actividad consiste en la realización de jornadas informativas sobre cuidados alimenticios, dirigidas a cinco (5) familias en las que se hayan identificado o notificado niños o niñas con riesgo de desnutrición aguda o riesgo nutricional. Estas jornadas se desarrollarán en el entorno hogar, con el propósito de fortalecer prácticas adecuadas de alimentación, cuidado y seguimiento en la primera infancia.

Dicha actividad se llevará a cabo el día 9 de abril de 2026, en el horario de 2:00 p.m. a 5:00 p.m.

En este sentido, solicitamos su colaboración en la identificación, búsqueda activa y convocatoria de estas familias, así como su acompañamiento para facilitar el desarrollo de las actividades en la comunidad. Su apoyo es fundamental para garantizar una atención oportuna y contribuir al bienestar de los niños y niñas.

De igual manera, solicitamos su aprobación para realizar registro de asistencia, toma de evidencia fotográfica y audiovisual con fines institucionales.

Agradecemos de antemano su colaboración y apertura para facilitar estos espacios educativos, fundamentales para la promoción de la salud infantil.

Atentamente,

CLAUDIA PATRICIA CADENA R.
Coordinadora del PIC
Psicóloga
3104454624

ANA EMMA MONROY JIMENEZ
Coordinadora del Componente Seguridad Alimentaria
3233669113

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
Empresa Social del Estado

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI E.S.E.
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2026
COMPONENTE Seguridad Alimentaria

ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 2027

ACTIVIDAD Jornada Informativa sobre Cuidados alimentarios a 3 familias Con niños que Presenten Riesgo Nutricional.

FECHA 9/04/2026 **RESPONSABLE** Componente Seguridad Alimentaria

LUGAR Barrio Antibara 2.

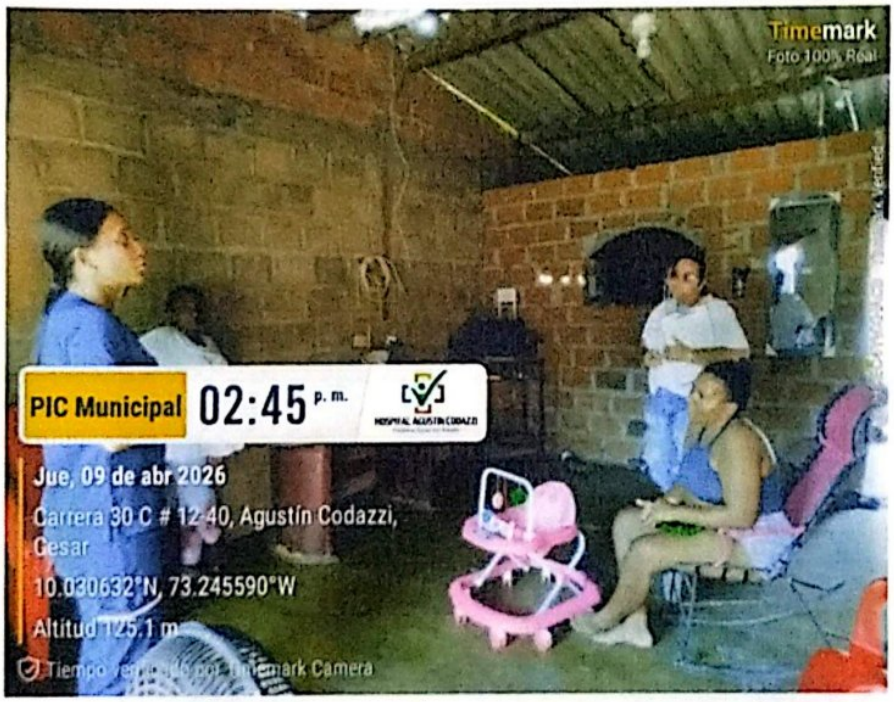
N	NOMBRE	ID	TELEFONO	AFILIACION AL SGSS					DISCAPACIDAD					SEXO		COMO SE IDENTIFICA USTED					CICLO VITAL						FIRMA
				S	C	V	E	N	F	V	A	C	M	F	M	AFRO	IND	DESP	DISC	LGBT	1ERA INF	IN F	ADOL	JUV	AD	AD MAYOR	
1	Noelia Mesa	1067728452	3205383669		X									X										X			Noelia Mesa
2	Damaris Vega Sayedra	49697769	3014862989	X										X											X		DAMARIS VEGA
3	Dalia Cristina Charris Alvarez	1067717717	3014467961	X										X										X			xdalia charris
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
	TOTAL			2	1									3										2	1		

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	**ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)** **NIT. No. 892.300.358-5**	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

TEMA:	Jornadas informativas sobre cuidados alimenticios dirigidas a hogares con niños y niñas en riesgo nutricional.
FECHA/HORA:	9/04/2026 - 2:00 P.M - 05:00 P.M
LUGAR/ZONA:	Barrio Antillana 2





Powered by CamScanner

Póster Educativo Señales de Alerta para Detectar a Tiempo la Desnutrición Infantil

COMPONENTE: SEGURIDAD NUTRICIONAL – PIC 2026



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) NIT. No. 892.300.358-5	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI

1. **Jornadas informativas sobre cuidados alimenticios dirigidas a hogares con niños y niñas en riesgo nutricional, Barrio Antillana 2.**

ENFOQUE DIFERENCIAL																		
MES	CICLO VITAL						SEXO		AFILIADOS AL SGSSS			COMO SE IDENTIFICA USTED						
												GRUPO ETNICO			POBLACION			
	1° Inf	Infan	Adoles c	Juv	Adul	Adul May	M	F	S	C	N	Afro	Ind	Mest	Desp	Disc	LGTB	
ABRIL	0	0	0	2	1	0	0	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI Empresa Social del Estado	ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) NIT. No. 892.300.358-5	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

CÓDIGO DE ACTIVIDAD	ACTIVIDAD	DESARROLLO
131	Ejecutar 6 jornadas de desparasitación para 400 niños de 0–14 años y gestantes, articuladas con EAPB, en instituciones educativas y comunidades urbanas y rurales	Se realizó una jornada de desparasitación en el barrio Villa Baquero, dirigida a niños, niñas y adolescentes de 0 a 14 años, en la cual se brindó previamente educación sobre hábitos de higiene, autocuidado y prevención de la parasitosis, promoviendo prácticas saludables que contribuyen a la disminución del riesgo de enfermedades parasitarias y al bienestar de la población infantil y adolescente.

RESPONSABLES DE LA ACTIVIDAD
COMPONENTE DE SEGURIDAD NUTRICIONAL

ANEXOS
1. Acta 2. Oficio de concertación 3. Oficio de articulación con EAPB 4. Consentimiento informado 5. Planillas de Asistencia 6. Registro fotográfico 7. Poster educativo sobre higiene, autocuidado y prevención de parasitosis 8. Enfoque diferencial

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	**ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)** **NIT. No. 892.300.358-5**	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

ACTA N° 16	**FECHA** 16/04/2026	**HORA DE INICIO:** 07:30 AM **HORA DE TERMINACION:** 12:00 M	**LUGAR:** BARRIO VILLA BAQUERO

OBJETIVO DE LA REUNION

Contribuir a la disminución del riesgo de parasitosis en niños y niñas de 0 a 14 años del barrio Villa Baquero, mediante una jornada de desparasitación acompañada de acciones educativas sobre higiene, autocuidado y prevención.

RESPONSABLE DE LA REUNION

Componente seguridad nutricional

AGENDA

1. Bienvenida.
2. Presentación del personal y objetivo del encuentro.
3. Desarrollo de la actividad.
4. Despedida.

DESARROLLO DE LA AGENDA

Se dio inicio a la jornada siendo las 8:00 A.M. con un saludo de bienvenida dirigido a los niños, niñas, padres de familia, acudientes y demás participantes del barrio Villa Baquero, promoviendo un ambiente de confianza, participación y disposición para el desarrollo de la actividad.

Posteriormente, el equipo del componente de Seguridad Nutricional realizó su presentación ante la comunidad, explicando el objetivo de la jornada, enfocado en prevenir la parasitosis en niños y niñas de 0 a 14 años mediante la administración del medicamento desparasitante y el fortalecimiento de prácticas saludables de higiene y autocuidado.

Durante el encuentro, se explicó a los asistentes la importancia de la desparasitación periódica para prevenir enfermedades causadas por parásitos intestinales, las cuales pueden afectar el crecimiento, el estado nutricional, el rendimiento escolar y el bienestar general de los niños y niñas. Asimismo, se informó sobre el medicamento suministrado (Mebendazol 500 mg), indicando sus beneficios y la importancia de contar previamente con el consentimiento informado firmado por los padres o acudientes.

De igual manera, se brindó un espacio educativo donde se orientó a la comunidad sobre hábitos adecuados de higiene y autocuidado para prevenir la parasitosis. En este espacio se resaltó la importancia del lavado de manos antes de consumir alimentos y después de ir al baño, utilizando suficiente agua y jabón. También se enfatizó en el adecuado lavado de frutas y verduras, el consumo de agua segura, la correcta manipulación y conservación de los alimentos y el uso permanente de calzado para evitar el contacto con superficies contaminadas.

Asimismo, se promovieron acciones de autocuidado como mantener las uñas limpias y cortas, evitar introducir objetos o manos sucias en la boca y mantener limpios los espacios del hogar y sus alrededores. Estas recomendaciones fueron socializadas de manera clara y dinámica para facilitar la comprensión tanto de los niños como de sus familias.

Posteriormente, se realizó la administración del medicamento desparasitante a los niños y niñas que contaban con la autorización correspondiente. Durante este proceso se brindó acompañamiento a los participantes y se reforzaron las orientaciones relacionadas con la prevención de enfermedades parasitarias.

Como apoyo pedagógico, se hizo entrega de material educativo relacionado con prácticas de higiene, autocuidado y prevención de la parasitosis, con el propósito de fortalecer los conocimientos adquiridos durante la jornada y promover su aplicación en el entorno familiar y comunitario.

Durante el desarrollo de la jornada se contó con la presencia de personal de la Nueva EPS, quienes participaron en el acompañamiento y articulación de las actividades programadas. Asimismo, se les solicitó la firma del acta como evidencia de su participación en la jornada de desparasitación; sin embargo, los funcionarios manifestaron de manera respetuosa que no se encontraban autorizados institucionalmente para firmar documentos o soportes relacionados con la actividad. No obstante, hicieron presencia durante la ejecución de la jornada y brindaron el

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

acompañamiento correspondiente en el marco de sus funciones.

Finalmente, se agradeció la participación activa de los niños, niñas, padres de familia y comunidad del barrio Villa Baquero, resaltando la importancia de continuar fortaleciendo hábitos saludables desde el hogar para proteger la salud y el bienestar de la población infantil.

COMPROMISOS:

c	COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA LIMITE
1	Ejecutar jornadas de desparasitación para niños de 0–14 años y gestantes, articuladas con EAPB, en instituciones educativas y comunidades urbanas y rurales	Componente Seguridad Alimentaria – PIC	Actividad ejecutada en su totalidad o N/A

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI Empresa Social del Estado	**ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)** **NIT. No. 892.300.358-5**	ALCALDÍA AGUSTIN CODAZZI 2024 - 2027

Para mayor constancia se firma en el municipio de Agustín Codazzi a los 16 **días del mes** 04 **de 2026.**

FIRMAN PARTICIPANTES:

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
Anais Cuellar	Precidenta	Anais Cuellar
Ana Emma Monroy	Coordinadora Seguri Nutricional	Ana E Monroy

Se soporta listado de asistencia

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
Empresa Social del Estado

PIC
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI
2024 - 2027

Agustín Codazzi, 7 de abril de 2026

Señora
ANAIS CUELLAR MENDRALES
Presidenta Junta de Acción Comunal
Barrio Villa Baquero

Asunto: Solicitud de permiso para realizar jornada de desparasitación.

Cordial saludo,

En nombre del Hospital Agustín Codazzi E.S.E., a través del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y el componente de Seguridad Nutricional, solicitamos su valioso apoyo para la convocatoria de las familias del barrio Villa Baquero, con el fin de informar y garantizar la participación en una jornada de desparasitación dirigida a niños y niñas de 0 a 14 años.

Esta actividad se llevará a cabo el día 16 de abril de 2026, a partir de las 7:30 a.m., en espacio de la comunidad.

El objetivo de esta jornada es contribuir a la prevención de enfermedades parasitarias, promoviendo el bienestar y la salud de la población infantil. Por ello, es fundamental contar con su colaboración para invitar a los padres, madres y cuidadores a que estén atentos y asistan oportunamente con sus hijos e hijas.

De igual manera, solicitamos su aprobación para realizar el registro de asistencia de los participantes, así como la toma de evidencia fotográfica y audiovisual con fines institucionales, garantizando el uso adecuado y responsable de la información recolectada.

Agradecemos de antemano su atención, disposición y apoyo en la difusión de esta importante actividad para la comunidad.

Atentamente,

CLAUDIA PATRICIA CADENA R.
Coordinadora del PIC
Psicóloga
3104454624

ANA EMMA MONROY JIMENEZ
Coordinadora del Componente Seguridad Alimentaria
3233669113

Anais cuellar
49697787

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

49

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
Empresa Social del Estado

PIC
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI
2024 - 2027

Agustín Codazzi, 7 de abril de 2026

Señores:
NUEVA EPS
Agustín Codazzi

Asunto: Solicitud de articulación para jornada de desparasitación.

Cordial saludo,

En nombre del Hospital Agustín Codazzi E.S.E., a través del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y el componente de Seguridad Nutricional, solicitamos la articulación con su entidad para el desarrollo de una jornada de desparasitación dirigida a niños y niñas de 0 a 14 años.

Esta actividad se llevará a cabo el día 16 de abril de 2026, a partir de las 7:30 a.m., en el barrio Villa Baquero del municipio de Agustín Codazzi.

El objetivo de esta jornada es contribuir a la prevención de enfermedades parasitarias en la población infantil, promoviendo acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En este sentido, consideramos fundamental el trabajo articulado con su entidad para fortalecer el alcance, cobertura y efectividad de la actividad.

Por lo anterior, solicitamos su apoyo en las acciones que consideren pertinentes, tales como acompañamiento institucional, apoyo en talento humano, insumos o difusión de la jornada entre sus afiliados.

De igual manera, se informa que durante la actividad se realizará registro de asistencia y toma de evidencia fotográfica y audiovisual con fines institucionales, garantizando el adecuado manejo de la información.

Agradecemos su atención y quedamos atentos a su disposición para trabajar de manera conjunta en beneficio de la comunidad.

Atentamente,

CLAUDIA PATRICIA CADENA R.
Coordinadora del PIC
Psicóloga
3104454624

ANA EMMA MONROY JIMENEZ
Coordinadora del Componente Seguridad Alimentaria
3233669113

7-04-2026

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 2:40pm UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Lilith de Jesus Castro Bello TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC. 1.067.755.717

FECHA DE NACIMIENTO: 03-Sep-2021 EDAD: 4 TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Sede Piloy GRADO: Preescolar JORNADA: Mañana EPS: Famisanar

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Jhon Genel Castro TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1095847?

CELULAR: 3103561943 DIRECCIÓN: Villa Baquero Mz A FIRMA: Jhon Genel Castro

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 8:30 UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis David Barrios Cabas TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC. 1066359184

FECHA DE NACIMIENTO: 21-Julio-2022 EDAD: 3 TIPO DE SANGRE: A+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: CA Cambo bonito GRADO: ___ JORNADA: Mañana EPS: Coosalud

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Sugeidis Cardenas TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1066350182

CELULAR: 3016265104 DIRECCIÓN: Mz A Casa 14 FIRMA: Sugeidis cardenas

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 8:23m UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Andrea Alejandra Pacho Arias TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI. 1067.732.869.

FECHA DE NACIMIENTO: 15-Nov-2018 EDAD: 7 años TIPO DE SANGRE: O+.

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Club de Leones GRADO: 2° JORNADA: Mañana EPS: Coosalud

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Lenis Arias Mahecha TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 49.200.309

CELULAR: 3012525499 DIRECCIÓN: Mz J casa 10 FIRMA: Lenis A.O.

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 8:37 AM UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Keilis Flora Ortiz Perez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC. 1070 498 393.

FECHA DE NACIMIENTO: 30-Mar-2020 EDAD: 5 TIPO DE SANGRE: A+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: San José Club de Leones GRADO: Preescolar JORNADA: tarde EPS: Mutual Ser S.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Maritza Perez Mejia TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1067.776.064

CELULAR: 3006961493 DIRECCIÓN: Mz L 7 Casa. FIRMA: Maritza Perez M.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 8:37 AM UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

SÍ X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ariel Alejandro Polo Perez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI 1.066.352.750

FECHA DE NACIMIENTO: 9- Marzo- 2012 EDAD: 13 TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: San Ramón GRADO: 7° JORNADA: tarde EPS: Coosalud

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Maritza Perez Muñoz TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC 1.067.276.081

CELULAR: 3016861493 DIRECCIÓN: Mz L Casa 75 FIRMA: Maritza Perez Muñoz

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 8:37 AM UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

SÍ X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ariel Alejandro Polo Perez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI 1.066.352.751

FECHA DE NACIMIENTO: 9- Marzo- 2012 EDAD: 13 TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: San Ramón GRADO: 7° JORNADA: tarde EPS: Coosalud

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Maritza Perez Muñoz TIPO Y N° DE DOCUMENTO: ___

CELULAR: 3016861493 DIRECCIÓN: Mz L Casa 75 FIRMA: Maritza Perez M.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 8:41 UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ashly Jhiseth Flores Cuadrado TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI 1.066 357 797

FECHA DE NACIMIENTO: 6 Abril 2017 EDAD: 9 TIPO DE SANGRE: A+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Club de leones GRADO: 3° JORNADA: Mañana EPS: Caprecom-S

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Yaires Albarracín Pacheco TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1.110.069.004

CELULAR: 324 547 4304 DIRECCIÓN: Mz M casa 9 FIRMA: Yaires Albarracín

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 8:45am UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gema José Paz Gutierrez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI. 1.148.740.946

FECHA DE NACIMIENTO: 28- feb-2012 EDAD: 14 TIPO DE SANGRE: A+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: San Ramón GRADO: 5 JORNADA: tarde EPS: Nueva EPS-S

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Noralis Paz Gutierrez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC 1 065 975 026

CELULAR: 3244882535 DIRECCIÓN: Mz C casa 2 FIRMA: Noralis Paz

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 8:49 UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Khalid Campo Ruiz TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC 1.066.026.408

FECHA DE NACIMIENTO: 8-04-2023 EDAD: 2 TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: CDI Gloriadel GRADO: ___ JORNADA: MAÑANA EPS: MEDIMÁS-S

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Rosa Ruiz Gutierrez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1.066.001.166

CELULAR: 3005759078 DIRECCIÓN: Mz A Casa 22. FIRMA: Rosa Ruiz

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 8:49 UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Emily Lorena Ojeda Perez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI 1.066.031.193

FECHA DE NACIMIENTO: 2-Sep-2016 EDAD: 7 TIPO DE SANGRE: A+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: San Ramón GRADO: 2° JORNADA: MAÑANA EPS: COMPARTA

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Rosa Ruiz Gutierrez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1.066.001.166

CELULAR: 3005759078 DIRECCIÓN: Mz A Casa 22 FIRMA: Rosa Ruiz

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 8:56 UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angel David Espinosa Valbuena TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC. 1.073.049.710

FECHA DE NACIMIENTO: 04-oct-2015 EDAD: 3 TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: CDI Camilo Torres GRADO: ___ JORNADA: Mañana EPS: Mutual Ser-S

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Angel Gonzalo Espinosa Molinet TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 80108.790

CELULAR: 3105238753 DIRECCIÓN: Mz B casa 15 FIRMA: Angel

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 8:54am UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sara Yineth Santana Montaña TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI 1.066.354.363

FECHA DE NACIMIENTO: 28-feb-2014 EDAD: 12 TIPO DE SANGRE: A+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: San Ramón GRADO: 4° JORNADA: mañana EPS: Coosalud-S

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Yonika Rocio Montaña TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1.062.804.807

CELULAR: ___ DIRECCIÓN: Villa baquero FIRMA: Yeniffer

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 9.03am UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

SÍ X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ariel Mejia Arroyo TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI. 1.137.777.716

FECHA DE NACIMIENTO: 03-sep 2015 EDAD: 10 TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Sagrado Corazon de Jesus GRADO: 5° JORNADA: tarde EPS: Asmanasi-S.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Luz Mery Arroyo Arroyo TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1.193.352.916

CELULAR: 3238850605 DIRECCIÓN: M7 K casa 10 FIRMA: Luz Mery Arroyo

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 9.03am UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

SÍ X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Angel Zapata Arroyo TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI. 1063 600.990

FECHA DE NACIMIENTO: 19-feb-2018 EDAD: 8. TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Sagrado Corazon de Jesus GRADO: 3° JORNADA: tarde EPS: Asmanasi-S.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Luz Mery Arroyo Arroyo TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1.193.352.916

CELULAR: 3238850605 DIRECCIÓN: M7 K casa 10 FIRMA: Luz Mery Arroyo

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 9:14am UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Edwin Andres Monsalve Acuña TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC 1.066.352.815

FECHA DE NACIMIENTO: 18-07-2012 EDAD: 13 TIPO DE SANGRE: B+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Megacolegio GRADO: 7° JORNADA: Mañana EPS: Coosalud-S

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Claudia Milena Acuña TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC 36.577.746

CELULAR: 3244975318 DIRECCIÓN: Barrio 6 Marzo FIRMA: xClaudia Acuña

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 9:14am UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sharlin Sofia Monsalve Acuña TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI 1.066.353.599

FECHA DE NACIMIENTO: 29-Mayo-2013 EDAD: 12 TIPO DE SANGRE: B+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Megacolegio GRADO: 8° JORNADA: Mañana EPS: Coosalud-S

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Claudia Milena Acuña TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC 36.577.746

CELULAR: 3244975318 DIRECCIÓN: Barrio 6 Marzo FIRMA: xClaudia Acuña

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 9:14AM UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Keila Sandith Arvela Mejías TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC. 1.066 558.471

FECHA DE NACIMIENTO: 23-May-2020 EDAD: 5 TIPO DE SANGRE: ___

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Club de bares GRADO: 1° JORNADA: Mañana EPS: Mallamas-S

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Claudia Yineth Acuña Ojeda TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 36.577.746.

CELULAR: 3244975518 DIRECCIÓN: Barrio 6 Mano FIRMA: Claudia Acuña

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 9:25AM UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Brayner Andres Gomez Mejia TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI 1.067.780.394

FECHA DE NACIMIENTO: 06-May-2015 EDAD: 10 TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Seguro Comunidad GRADO: 5° JORNADA: Unde EPS: Coosalud-S.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Tatiana Mejia Gandol TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1.067.711.016

CELULAR: 3017588481 DIRECCIÓN: M2 C Casa 20 FIRMA: Tatiana Mera

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 9:25am UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Luisa Gomez Meza TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC. 1.067.732.050.

FECHA DE NACIMIENTO: 28-feb-2018. EDAD: 8. TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Seguro Cocorniales GRADO: 3° JORNADA: Unde EPS: Coosalud-S.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Tatiana Maria Gonzalez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1.067.711.016.

CELULAR: 3017586982 DIRECCIÓN: M7 C casa 20. FIRMA: Tatiana Meza.

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 9:35am UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Thiago Andres Lumbis Meza TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC. 1.066.358.725.

FECHA DE NACIMIENTO: 07-Julio-2020. EDAD: 5. TIPO DE SANGRE: A+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Seguro Cocorniales GRADO: 1° JORNADA: Unde. EPS: Coosalud-S.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Tatiana Maria Gonzalez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1.067.711.016.

CELULAR: 3017586982 DIRECCIÓN: M7 C. Casa 20 FIRMA: Tatiana Meza

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

60

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 9:44 UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Kelvin Dano Fernandez Fernandez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC 1078674 51

FECHA DE NACIMIENTO: 20-02-2020 EDAD: 6 TIPO DE SANGRE: _____

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Club de leones GRADO: 1° JORNADA: Normal EPS: _____

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Waidyluidis Fernandez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: 31 484 706 Cedula de extranjeria

CELULAR: 3206325993 DIRECCIÓN: Villa Baquero M1 C8 16 FIRMA: Waidyluidis Fernandez

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 9:44 UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Samuel Yoko Anda Fernandez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC. 1067 757 506

FECHA DE NACIMIENTO: 18-12-2023 EDAD: 2° TIPO DE SANGRE: _____

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: IOBT Posgrado GRADO: _____ JORNADA: Tarde EPS: ot

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Waidyluidis Fernandez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: 31484706 Cedula de extranjeria

CELULAR: 3206325993 DIRECCIÓN: MA C8 16. FIRMA: Waidyluidis Fernandez

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 9:30 UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

SÍ X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yaneidy del Carmen Alandete TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC: 1.067.738181

FECHA DE NACIMIENTO: 05-11-2014 EDAD: 9 TIPO DE SANGRE: A+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: IDI Camilo Torres GRADO: ___ JORNADA: mañana EPS: Mallas S

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Moises Esparza TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 80.718.273

CELULAR: ___ DIRECCIÓN: Mz K casa 20 FIRMA: Moises Esparza

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 9:30am UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

SÍ X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Edwin José Molero Mendez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC vereda 1457199 (Adjunto registro civil)

FECHA DE NACIMIENTO: 5-06-2015 EDAD: 10 TIPO DE SANGRE: ___

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: ___ GRADO: ___ JORNADA: ___ EPS: Sanitas

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Yaidelin Molero Mendez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. extranjería: 30611283

CELULAR: 3215196359 DIRECCIÓN: Mz A casa 12 FIRMA: Yaidelin Molero

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 9:53am UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gleangel Valentin Silva Molero TIPO Y N° DE DOCUMENTO: Certificado nacido vivo RC-Vereveta-9735994

FECHA DE NACIMIENTO: 24-06-2018 EDAD: 7 TIPO DE SANGRE: _____

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Codigo Combatientes GRADO: 1° JORNADA: tarde EPS: No hace.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Yaidelin Molero Mendez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: C.C. Exhaqera 30611783.

CELULAR: 3215196357 DIRECCIÓN: Mz A Casa 12. FIRMA: Yaidelin Molero

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 9:53AM UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Mayerlin Silva Molero. TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RPT: 8085738.

FECHA DE NACIMIENTO: 21-10-2012 EDAD: 13 TIPO DE SANGRE: _____

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: EIH-1037 GRADO: _____ JORNADA: Mañana EPS: Nueva EPS.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Yaidelin Molero Mendez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. Exhaqera 30611783.

CELULAR: 3215196357 DIRECCIÓN: Mz A Casa 12. FIRMA: Yaidelin Molero

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 10:06AM UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yohedi Jesus Cordoba Mejero. TIPO Y N° DE DOCUMENTO: T.I. 1065834620.

FECHA DE NACIMIENTO: 18/06/2011 EDAD: 14 TIPO DE SANGRE: _____

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: No estudia GRADO: _____ JORNADA: _____ EPS: Nueve.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Yani Rosa Mejero Cordoba TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC entrega: 72.141.980.

CELULAR: 3019769867. DIRECCIÓN: Mi casa 19. FIRMA:

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 10:06AM UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Rosny Cristina Barrero Mejero TIPO Y N° DE DOCUMENTO: Certificado nacimiento 1065834620

FECHA DE NACIMIENTO: 10-04-2018 EDAD: 7 TIPO DE SANGRE: _____

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Camilo Torres GRADO: 1° JORNADA: Única EPS: Nueve.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Yani Rosa Mejero Cordoba TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC entrega: 72.141.980.

CELULAR: 3019769867 DIRECCIÓN: Mi casa 19. FIRMA:

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

64

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 10:18am UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Emily Ramirez Vega Zuniga TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC. 1.066.360.163

FECHA DE NACIMIENTO: 15-Sep-2023. EDAD: 2 TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: CDI Tesoro GRADO: ___ JORNADA: mañana. EPS: Coosalud-S.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Shaira Vega Zuniga TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1.066.351.151

CELULAR: 3244366749 DIRECCIÓN: Mz K Casa 1. FIRMA: xShaira Vega

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 10:24am UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Geilyn Camargo Chanys TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC. 1.066.360.735.

FECHA DE NACIMIENTO: 04-Feb-2024 EDAD: 2 TIPO DE SANGRE: B+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: ___ GRADO: ___ JORNADA: ___ EPS: Mallas-S.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Maria Leonor Chanis TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1.066.350.015.

CELULAR: 3107160947 DIRECCIÓN: Mz L casa 21 FIRMA: xMaria Chanys

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 10:77 UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Angel Barrera Pulido TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI. 1066354072

FECHA DE NACIMIENTO: 12-NOV-213 EDAD: 12 TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Mayo colegio GRADO: 7 JORNADA: mañana EPS: Nueva EPS-C

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Adriana Pulido Barrera TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 56097952.

CELULAR: 3223016812 DIRECCIÓN: Villa Baquero FIRMA: Adriana Pulido.

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 10:77 UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Santiago Lorcado Mercado TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI 1.067.729.042

FECHA DE NACIMIENTO: 21-sep-795 EDAD: 10 TIPO DE SANGRE: A+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Club de leones GRADO: 5° JORNADA: mañana EPS: Mutual SS-S.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Andrea Milena Mercado Rempel TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1.067.729.296.

CELULAR: 3219557640 DIRECCIÓN: Calle 19 3148 11 Sur FIRMA: Andrea Mercado

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 10:22AM UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Lian Alejandro Tirado Mercado TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC: 1.067 733 916.

FECHA DE NACIMIENTO: 16-01-2020 EDAD: 6. TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Club de Leones GRADO: 1° JORNADA: Mañana EPS: Nueva EPS.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Andrea Helena Navarro Parra TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1067 729 296.

CELULAR: 3214957640 DIRECCIÓN: Calle 17 31-48 FIRMA: Andrea M.

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: _____ UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí ___ No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ TIPO Y N° DE DOCUMENTO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ TIPO DE SANGRE: _____

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: _____ GRADO: _____ JORNADA: _____ EPS: _____

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: _____ TIPO Y N° DE DOCUMENTO: _____

CELULAR: _____ DIRECCIÓN: _____ FIRMA: _____

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 10:48 AM UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí ✓ No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Josemith Reyes Leon. TIPO Y N° DE DOCUMENTO: PPT: 6353613

FECHA DE NACIMIENTO: 28-09-2016. EDAD: 9. TIPO DE SANGRE: O+.

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Club de Leones GRADO: 3 JORNADA: tarde EPS: Nueva EPS.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Maibelis Leon Arenco TIPO Y N° DE DOCUMENTO: PPT 6353465

CELULAR: 3244081357 DIRECCIÓN: Mz A Villa Baquero FIRMA: +Maibelys

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 10:48 AM UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose Maria Leon Arenco. TIPO Y N° DE DOCUMENTO: PPT: 6353544.

FECHA DE NACIMIENTO: 13-01-2019 EDAD: 7 TIPO DE SANGRE: ___

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Instituto GRADO: 2° JORNADA: tarde EPS: Nueva EPS.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Maibelis Leon Arenco TIPO Y N° DE DOCUMENTO: PPT 6353465.

CELULAR: 3244081357 DIRECCIÓN: Mz A Villa Baquero FIRMA: +Maibelys

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 11:00 AM UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nairoyel Lora Gaviria TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI 1.066.356.186.

FECHA DE NACIMIENTO: 15-NOV-2015 EDAD: 10 TIPO DE SANGRE: O+.

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Sagrado Corazón GRADO: 4° JORNADA: Mañana EPS: Coosalud-S.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Yulibeth Gaviria Heredia TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1.007.835.687.

CELULAR: 3113745916 DIRECCIÓN: Mz m Casa 15. FIRMA: Yulibeth Gaviria

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 11:00 AM UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angel Rafael Lora Gaviria TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI: 1.067.777.676.

FECHA DE NACIMIENTO: 5-NOV-2014 EDAD: 11 TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Sagrado Corazón GRADO: 5 JORNADA: Mañana EPS: Nueva EPS-S.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Yulibeth Gaviria Heredia TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1.007.835.687.

CELULAR: 3113745916 DIRECCIÓN: Mz m Casa 15 FIRMA: Yulibeth Gaviria

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 10:53 UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yohamis Guarlen Aparicio TIPO Y N° DE DOCUMENTO: PPT: 6353595

FECHA DE NACIMIENTO: 29-10-2013 EDAD: 12 TIPO DE SANGRE: ot

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Instituto GRADO: 4° JORNADA: tarde EPS: Nuevo EPS-S

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Maibelis Leon Aparicio TIPO Y N° DE DOCUMENTO: PPT 6353465.

CELULAR: 3144081357 DIRECCIÓN: Mz Villa Baquero FIRMA: Maibelis

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 10:37 UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Dana Madel Vega Zuñiga TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI 1.067.774.594

FECHA DE NACIMIENTO: 5-Julio-2012 EDAD: 13 TIPO DE SANGRE: ___

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Tenaro de Ruta GRADO: 6° JORNADA: tarde EPS: Asmet Salud.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Shara Vega Zuñiga TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1066 351 151

CELULAR: 3144366949 DIRECCIÓN: Mz F casa 1. FIRMA: Shara Vega

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 11:06am UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Elizabet Yara Perez Mateo TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI 1067 777 666

FECHA DE NACIMIENTO: 25-04-2014 EDAD: 11 TIPO DE SANGRE: B+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Camilo Torres GRADO: 5° JORNADA: tarde EPS: Coosalud S.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Wilton Perez Martinez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1.067 714 311

CELULAR: 304 455 2644 DIRECCIÓN: Mz 4 casa 17 FIRMA: x Wilton Perez

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 11:17am UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yeiry Julieth Chinchilla Cuadro TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI. 1066 357 383

FECHA DE NACIMIENTO: 16-Jun-2018 EDAD: 7° TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Santa Rita GRADO: 2° JORNADA: mañana EPS: Nueva EPS

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Julieth Cuadro Mora TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1067 714 177

CELULAR: 3114346160 DIRECCIÓN: Villa Baquero FIRMA: x Julieth Cuadro

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 11:00am UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carlos Manuel Chinchilla Cantero TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI 1.066.352.905.

FECHA DE NACIMIENTO: 18-Nov-2012. EDAD: 13 TIPO DE SANGRE: O+.

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Joaquina GRADO: 8° JORNADA: Mañana EPS: Nueva EPS.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Yuleth Cantero Mora TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1067.719.127.

CELULAR: 3001447988 DIRECCIÓN: villa baquero FIRMA: Yuleth Quintero

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 11:18am UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose Angel Tello Cantero TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC 1.066 358 726

FECHA DE NACIMIENTO: 20-Agosto-2020 EDAD: 5 TIPO DE SANGRE: A+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Maria Montessori GRADO: 1 JORNADA: mañana EPS: Coosalud

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Tatiana Cantero Baez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1067 719 191.

CELULAR: 3143469760 DIRECCIÓN: Villa baquero. FIRMA: Tatiana Cantero

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: 11:30 UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ____

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Mariana Isabella Contreras TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI 1066353605

FECHA DE NACIMIENTO: 6 JUNIO 2013 EDAD: 12 TIPO DE SANGRE: A+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Mega colegio GRADO: 8 JORNADA: mañana EPS: Coosalud-S.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Shara Contreras Ramirez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1067.719.191

CELULAR: 3143469760 DIRECCIÓN: villa baquero FIRMA: Shara Contreras S.

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 16 DE ABRIL DE 2026 HORA: _____ UBICACIÓN: BARRIO VILLA BAQUERO

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí ____ No ____

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ TIPO Y N° DE DOCUMENTO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ TIPO DE SANGRE: _____

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: _____ GRADO: _____ JORNADA: _____ EPS: _____

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: _____ TIPO Y N° DE DOCUMENTO: _____

CELULAR: _____ DIRECCIÓN: _____ FIRMA: _____

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
Empresa Social del Estado

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI E.S.E.
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2026
COMPONENTE Seguridad alimentaria

ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

ACTIVIDAD Tamizaje de discapacidad niños - 0 - 14 años

FECHA 16 - 04 - 2026. **RESPONSABLE** Componente Seguridad alimentaria.

LUGAR Barrio Villa Borgeno.

N	NOMBRE	ID	TELEFONO	AFILIACION AL SGSS					DISCAPACIDAD					SEXO		COMO SE IDENTIFICA USTED					CICLO VITAL						FIRMA
				S	C	V	E	N	F	V	A	C	M	F	M	AFRO	IND	DESP	DISC	LGBT	TERA INF	INF	ADOL	JUV	AD	AD MAYOR	
1	JALITH DE JESUS CASTRO BELLO	1067735217	3103561848		X										X						X						Jhon Castro
2	ANDREA ALEJANDRA RIOBO ACUÑA	1067737869	3022525122		X									X								X					Leynis A
3	LUIS DAVID BARANDACALDENAS	1066359784	3016265904		X										X						X						Jorge Elys Cardenas
4	RAYLIS ELENA ORTIZ PEREZ	1070993393	3006861495		X									X							X						Martha Perez
5	DANIEL ALEJANDRO RIOS PEREZ	1066352750	3006861495		X										X								X				Martha Perez
6	ANDRES ALEXANDER RIOS PEREZ	1066357751	3006861493		X										X								X				Martha Perez
7	ASHLY JANET TORRES QUINTANA	1066357797	3045421316		X									X								X					Yairis Albarracin
8	GEINER JOSE RUIZ GUTIERREZ	1143140946	3044682525		X										X								X				Maxlendis Ruiz
9	KHALID CAMPO RUIZ	1066006468	3005779098		X										X						X						Rosa Ruiz
10	EMILY LORENA OSORIO ANGEL	1066099198	3005759098		X									X								X					Rosa Ruiz
	TOTAL				9	1								4	6						4	3	3				

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
Empresa Social del Estado

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI E.S.E.
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2026
COMPONENTE Seguridad alimentaria

ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

ACTIVIDAD Jornada de sensibilización niños entre 0-14 años.

FECHA 16-04-2026 **RESPONSABLE** Componente Seguridad alimentaria

LUGAR Barrio Villa Bagero.

N	NOMBRE	ID	TELEFONO	AFILIACION AL SGSS					DISCAPACIDAD					SEXO		COMO SE IDENTIFICA USTED					CICLO VITAL						FIRMA
				S	C	V	E	N	F	V	A	C	M	F	M	AFRO	IND	DESP	DISC	LGBT	1ERA INF	INF	ADOL	JUV	AD	AD MAYOR	
1	ANGEL DAVID ESPINOZA VALBUENA	1023049770	3205238733	X											X						X						Angel
2	SARAY THUTH SANTANA MENDOZA	1066354363	NO	X										X									X				yenifer
3	OLIVER MEJIA ARROYO	1137727276	3238350605	X											X		1					X					Luz Mariz A.
4	LUIS ANGEL ZAPATA ARROYO	1063600990	3238350605	X											X		1					X					Luz Mariz A.
5	EDWIN ANDRES MARRUGO ACUÑA	1066352845	3244975318	X											X								X				claudia Acuña
6	SHAYLIN SOFIA NARRUGO ACUÑA	1066353599	3244975318	X										X								X					claudia Acuña
7	KEILA SANDRITH ARLIETA MAURIS	1066558421	3244975318	X										X							X	/					claudia Acuña
8	BREINER ANDRES GÓMEZ MEZA	1067728394	3012586982	X											X							X					Tatiana Meza
9	MARIA LUISA GOMEZ MEZA	1067732058	3012586982	X										X								X					Tatiana Meza
10	THIAGO ANDRES FUENTES MEZA	1066358725	3012586982	X											X						X						Tatiana Meza.
	TOTAL			10										4	6		2				3	5	2				

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
Empresa Social del Estado

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI E.S.E.
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2026
COMPONENTE Seguridad Nutricional

ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 2027

ACTIVIDAD Jornada de desparacitación niños 0-14 años

FECHA 16/04/2026 **RESPONSABLE** Componente Seguridad Nutricional

LUGAR Barrio Villa Bosquero

N	NOMBRE	ID	TELEFONO	AFILIACION AL SGSS					DISCAPACIDAD					SEXO		COMO SE IDENTIFICA USTED					CICLO VITAL						FIRMA
				S	C	V	E	N	F	V	A	C	M	F	M	AFRO	IND	DESP	DISC	LGBT	1ERA INF	INF	ADOL	JUV	AD	AD MAYOR	
1	KELVIN DARIO FUENMAYOR FERNANDEZ	7867451	3226325993	X											X						X						Waidyleidis Fernandez
2	GONZALO MATEO ANZOLA FERNANDEZ	1069739506	3226325993	X											X						X						Waidyleidis Fernandez
3	KEINER DAVID ESTINOZA	1069738284	NO	X											X						X						Moises Espinoza
4	FABIAN JOSE MOLERO MENDEZ	7457199	3215196357	X											X							X					Yadelin Molero
5	ELEANGEL VALENTIN SILVA MOLERO	92351994Y	3215196357	X											X							X					Yadelin Molero
6	MIFFY ESTHER SILVA MOLERO	80855738	3215196357	X										X							X						Yadelin Molero
7	YOHENDRY JESUS GONZALEZ MOLERO	34620882	3019269863	X											X								X				
8	ROSANY CAROLINA BRICEÑO MOLERO	9675790	3019269862	X										X								X					
9	ERIKS DAMIAN VEGA ZUÑIGA	1066360163	3244366349	X											X						X						Shaira Vega
10	EEILYN CAMARGO CHARRIS	1066360235	3207160947	X										X							X						Maria Charris
	TOTAL			10										3	7						6	3	1				

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
Empresa Social del Estado

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI E.S.E.
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2026
COMPONENTE Seguridad alimentaria

ALCALDÍA AGUSTIN CODAZZI 2024 2027

ACTIVIDAD Jornada de desparasitación niños entre 0 - 14 años.

FECHA 16-04-2026. **RESPONSABLE** Componente Seguridad alimentaria

LUGAR Barrio villa Bolivar.

N	NOMBRE	ID	TELEFONO	AFILIACION AL SGSS					DISCAPACIDAD					SEXO		COMO SE IDENTIFICA USTED					CICLO VITAL						FIRMA
				S	C	V	E	N	F	V	A	C	M	F	M	AFRO	IND	DESP	DISC	LGBT	1ERA INF	INF	ADOL	JUV	AD	AD MAYOR	
1	Maria Angel Barragan Rubas.	1066354022	3223016612		x									x									x				Adriana Barbosa
2	Luis Santiago Lorado Maldonado	1067729042	3219557605	x											x							x						Andrea M.
3	Juan Alejandro Lorado Maldonado.	1067738796	3219557605	x											x							x						Andrea M.
4	Jesmith Rojas Leon	6353613	3244001357	x										x								x						Maibelyn
5	Jose Maria Leon Arango	6353544	3244001357	x											x							x						Maibelyn
6	Johanis Sarai Leon Arango	6353545	3244001357	x										x								x						Maibelyn
7	Jose Michell Lopez Zuñiga	1.067729454	3244366749	x										x									x					Shaira Lopez
8	Maria Angel Lora Gamboa.	1066356106.	3135745916	x										x								x						Yuribeth G.
9	Angel Maria Lora Gamboa	1067727676.	3135745916	x										x								x						Yuribeth G.
10	Elizabet Maria Perez Molina	1067727696	3045518444	x										x								x						Lopez Doris
	TOTAL			9	1									7	3							8	2					

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
Empresa Social del Estado

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI E.S.E.
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2026
COMPONENTE Seguridad Nutricional

ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

ACTIVIDAD Jornada de desparacitación niños 0-14 años
FECHA 16/04/2026 **RESPONSABLE** Componente Seguridad Nutricional
LUGAR Barrio Villa Bequero

N	NOMBRE	ID	TELEFONO	AFILIACION AL SGSS					DISCAPACIDAD					SEXO		COMO SE IDENTIFICA USTED					CICLO VITAL						FIRMA
				S	C	V	E	N	F	V	A	C	M	F	M	AFRO	IND	DESP	DISC	LGBT	1ERA INF	INF	ADOL	JUV	AD	AD MAYOR	
1	KARLA YULIETH CHINCHILLA QUINTERO	1066357383	3207144298	X										X								X					Julieth Quintero
2	CARLOS MANUEL CHINCHILLA QUINTERO	1066352970	3207144298	X											X								X				Julieth Quintero
3	JOSÉ ANGEL TELLEZ CONTRERAS	1066358736	3143469260	X											X						X						Shajana Contreras
4	NICOL SOFIA TELLEZ CONTRERAS	1066353605	3143469260	X										X									X				Shajana Contreras
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
	TOTAL			4										2	2						1	1	2				

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	**ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)** **NIT. No. 892.300.358-5**	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

TEMA:	Jornada de desparasitación a niños y niñas del Barrio Villa Baquero
FECHA/HORA:	16/04/2026 - 7:30 A.M - 12:00 P.M
LUGAR/ZONA:	Barrio Villa Baquero





Powered by CamScanner

Póster educativo sobre higiene, autocuidado y prevención de parasitosis

Componente Seguridad Nutricional - PIC 2026



Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) NIT. No. 892.300.358-5	ALCALDÍA AGUSTIN CODAZZI 2024 - 2027

1. **Jornada de desparasitación en el Barrio Villa Baquero, dirigida a niños, niñas y Adolescentes.**

ENFOQUE DIFERENCIAL																	
MES	CICLO VITAL						SEXO		AFILIADOS AL SGSSS			COMO SE IDENTIFICA USTED					
												GRUPO ETNICO			POBLACION		
	1ª Inf	Infan	Adoles c	Juv	Adul	Adul May	M	F	S	C	N	Afro	Ind	Mest	Desp	Disc	LGTB
ABRIL	14	20	10	0	0	0	24	20	42	2	0	0	2	0	0	0	0

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

CÓDIGO DE ACTIVIDAD	ACTIVIDAD	DESARROLLO
131	Ejecutar 6 jornadas de desparasitación para 400 niños de 0–14 años y gestantes, articuladas con EAPB, en instituciones educativas y comunidades urbanas y rurales	Se realizó una jornada de desparasitación en el barrio Alfonso Ávila, dirigida a niños, niñas y adolescentes de 0 a 14 años, en la cual se brindó previamente educación sobre hábitos de higiene, autocuidado y prevención de la parasitosis, promoviendo prácticas saludables que contribuyen a la disminución del riesgo de enfermedades parasitarias y al bienestar de la población infantil y adolescente.

RESPONSABLES DE LA ACTIVIDAD

COMPONENTE DE SEGURIDAD NUTRICIONAL

ANEXOS

1. Acta
2. Oficio de concertación
3. Oficio de articulación con EAPB
4. Consentimiento informado
5. Planillas de Asistencia
6. Registro fotográfico
7. Poster educativo sobre higiene, autocuidado y prevención de parasitosis
8. Enfoque diferencial

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI Empresa Social del Estado	**ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)** **NIT. No. 892.300.358-5**	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

ACTA N° 17	**FECHA** 23/04/2026	**HORA DE INICIO:** 07:30 AM **HORA DE TERMINACION:** 12:00 M	**LUGAR:** BARRIO ALFONSO AVILA

OBJETIVO DE LA REUNION

Contribuir a la disminución del riesgo de parasitosis en niños y niñas de 0 a 14 años del Barrio Alfonso Ávila, mediante una jornada de desparasitación acompañada de acciones educativas sobre higiene, autocuidado y prevención.

RESPONSABLE DE LA REUNION

Componente seguridad nutricional

AGENDA

1. Bienvenida.
2. Presentación del personal y objetivo del encuentro.
3. Desarrollo de la actividad.
4. Despedida.

DESARROLLO DE LA AGENDA

Se dio inicio a la jornada siendo las 8:00 A.M. con un saludo de bienvenida dirigido a los niños, niñas, padres de familia, acudientes y demás participantes del Barrio Alfonso Ávila, promoviendo un ambiente de confianza, participación y disposición para el desarrollo de la actividad.

Posteriormente, el equipo del componente de Seguridad Nutricional realizó su presentación ante la comunidad, explicando el objetivo de la jornada, enfocado en prevenir la parasitosis en niños y niñas de 0 a 14 años mediante la administración del medicamento desparasitante y el fortalecimiento de prácticas saludables de higiene y autocuidado.

Durante el encuentro, se explicó a los asistentes la importancia de la desparasitación periódica para prevenir enfermedades causadas por parásitos intestinales, las cuales pueden afectar el crecimiento, el estado nutricional, el rendimiento escolar y el bienestar general de los niños y niñas. Asimismo, se informó sobre el medicamento suministrado (Mebendazol 500 mg), indicando sus beneficios y la importancia de contar previamente con el consentimiento informado firmado por los padres o acudientes.

De igual manera, se brindó un espacio educativo donde se orientó a la comunidad sobre hábitos adecuados de higiene y autocuidado para prevenir la parasitosis. En este espacio se resaltó la importancia del lavado de manos antes de consumir alimentos y después de ir al baño, utilizando suficiente agua y jabón. También se enfatizó en el adecuado lavado de frutas y verduras, el consumo de agua segura, la correcta manipulación y conservación de los alimentos y el uso permanente de calzado para evitar el contacto con superficies contaminadas.

Asimismo, se promovieron acciones de autocuidado como mantener las uñas limpias y cortas, evitar introducir objetos o manos sucias en la boca y mantener limpios los espacios del hogar y sus alrededores. Estas recomendaciones fueron socializadas de manera clara y dinámica para facilitar la comprensión tanto de los niños como de sus familias.

Posteriormente, se realizó la administración del medicamento desparasitante a los niños y niñas que contaban con la autorización correspondiente. Durante este proceso se brindó acompañamiento a los participantes y se reforzaron las orientaciones relacionadas con la prevención de enfermedades parasitarias.

Como apoyo pedagógico, se hizo entrega de material educativo relacionado con prácticas de higiene, autocuidado y prevención de la parasitosis, con el propósito de fortalecer los conocimientos adquiridos durante la jornada y promover su aplicación en el entorno familiar y comunitario.

Durante el desarrollo de la jornada no se contó con la presencia de personal de la Nueva EPS.

Finalmente, se agradeció la participación activa de los niños, niñas, padres de familia y comunidad del Alfonso Ávila, resaltando la importancia de continuar fortaleciendo hábitos saludables desde el hogar para proteger la salud y el bienestar de la población infantil.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

COMPROMISOS:

C	COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA LIMITE
1	Ejecutar jornadas de desparasitación para niños de 0–14 años y gestantes, articuladas con EAPB, en instituciones educativas y comunidades urbanas y rurales	Componente Seguridad Alimentaria – PIC	Actividad ejecutada en su totalidad o N/A

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI Empresa Social del Estado	**ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)** **NIT. No. 892.300.358-5**	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

Para mayor constancia se firma en el municipio de Agustín Codazzi a los 23 **días del mes** 04 **de 2026.**

FIRMAN PARTICIPANTES:

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
María Concepción Valdes	Representante	María Concepción Valdes
Ana Emma Monroy	Coordinadora Segari Nutricional	Ana E Monroy

Se soporta listado de asistencia

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
Empresa Social del Estado

PIC
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI
2024 - 2027

Recibido 20 abril. 85
María Concepción Valdés

Agustín Codazzi, 20 de abril de 2026

Señor:
JHONATAN ZAPATA SUAREZ
Presidente Junta de Acción Comunal
Barrio Alfonso Ávila

Asunto: Solicitud de permiso para realizar jornada de desparasitación.

Cordial saludo,

En nombre del Hospital Agustín Codazzi E.S.E., a través del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y el componente de Seguridad Nutricional, solicitamos su valioso apoyo para la convocatoria de las familias del barrio Villa Baquero, con el fin de informar y garantizar la participación en una jornada de desparasitación dirigida a niños y niñas de 0 a 14 años.

Esta actividad se llevará a cabo el día 23 de abril de 2026, a partir de las 7:30 a.m., en espacio de la comunidad.

El objetivo de esta jornada es contribuir a la prevención de enfermedades parasitarias, promoviendo el bienestar y la salud de la población infantil. Por ello, es fundamental contar con su colaboración para invitar a los padres, madres y cuidadores a que estén atentos y asistan oportunamente con sus hijos e hijas.

De igual manera, solicitamos su aprobación para realizar el registro de asistencia de los participantes, así como la toma de evidencia fotográfica y audiovisual con fines institucionales, garantizando el uso adecuado y responsable de la información recolectada.

Agradecemos de antemano su atención, disposición y apoyo en la difusión de esta importante actividad para la comunidad.

Atentamente,

CLAUDIA PATRICIA CADENA R.
Coordinadora del PIC
Psicóloga
3104454624

ANA EMMA MONROY JIMENEZ
Coordinadora del Componente Seguridad Alimentaria
3233669113

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

96

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
Empresa Social del Estado

PIC
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

ALCALDÍA
AGUSTÍN CODAZZI
2024 - 2027

Agustín Codazzi, 20 de abril de 2026

Señores:
NUEVA EPS
Agustín Codazzi

Asunto: Solicitud de articulación para jornada de desparasitación.

Cordial saludo,

En nombre del Hospital Agustín Codazzi E.S.E., a través del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y el componente de Seguridad Nutricional, solicitamos la articulación con su entidad para el desarrollo de jornada de desparasitación dirigida a niños y niñas de 0 a 14 años.

Estas actividades se llevarán a cabo los días 23 de abril de 2026, en el barrio Alfonso Ávila, y el 24 del mes y año en curso en el Barrio Villa Eduardo, del municipio de Agustín Codazzi, a partir de las 7:30 a.m.

El objetivo de esta jornada es contribuir a la prevención de enfermedades parasitarias en la población infantil, promoviendo acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En este sentido, consideramos fundamental el trabajo articulado con su entidad para fortalecer el alcance, cobertura y efectividad de la actividad.

Por lo anterior, solicitamos su apoyo en las acciones que consideren pertinentes, tales como acompañamiento institucional, apoyo en talento humano, insumos o difusión de la jornada entre sus afiliados.

De igual manera, se informa que durante la actividad se realizará registro de asistencia y toma de evidencia fotográfica y audiovisual con fines institucionales, garantizando el adecuado manejo de la información.

Agradecemos su atención y quedamos atentos a su disposición para trabajar de manera conjunta en beneficio de la comunidad.

Recibi
22-04-2026
Usuario AL
Nequeros
Ext

Atentamente,

CLAUDIA PATRICIA CADENA R.
Coordinadora del PIC
Psicóloga
3104454624

ANA EMMA MONROY JIMENEZ
Coordinadora del Componente Seguridad Alimentaria
3233669113

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 23 DE Abril DE 2026 HORA: 8:46am UBICACIÓN: Alfonso Avila.

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Santiago Sierra Ramirez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC. 1066903170.

FECHA DE NACIMIENTO: 7/12/2022 EDAD: 3 TIPO DE SANGRE: A+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Unge Real GRADO: Pejadin JORNADA: mañana EPS: Sanitas.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Tania Ramirez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC 1.065.808.677.

CELULAR: 3006941987 DIRECCIÓN: Alfonso Avila. FIRMA: *TANIA RAMIREZ

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 23 DE Abril DE 2026 HORA: 8:46am UBICACIÓN: Alfonso Avila.

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Valeria Lopez Madera TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC. 1.066.358.264

FECHA DE NACIMIENTO: 30/08/2020 EDAD: 6 TIPO DE SANGRE: A-

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: San Ramón GRADO: 1° JORNADA: mañana EPS: Coosalud EPS.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Yesenia Cardona Mateo TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1.007.347.921.

Celular: 3243961910 Calle 18 31 36. Firma: Yesenia Madera

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 23 DE Abril DE 2026 HORA: 8.46am UBICACIÓN: Alongo Aula.

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Tasus Adrian Liran Madera TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI. 1067.731.058.

FECHA DE NACIMIENTO: 13/05/2017 EDAD: 8. TIPO DE SANGRE: At

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: San Ramón GRADO: 4° JORNADA: mañana EPS: coosalud.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Yesenia Carolina Madera TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1.007.347.971

CELULAR: 324396 1910 DIRECCIÓN: calle 18 31 36. FIRMA: Yesenia Madera

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 23 DE Abril DE 2026 HORA: 8.46am UBICACIÓN: Alongo Aula.

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Daniela Carolina Madera Zapata TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI. 1.067.727.657.

FECHA DE NACIMIENTO: 16/10/2014 EDAD: 11 TIPO DE SANGRE: At

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: San Ramón GRADO: 6° JORNADA: mañana EPS: Coosalud.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Yesenia Carolina Madera TIPO Y N° DE DOCUMENTO: Yesenia Madera

Celular: 324396 1910 calle 18-31-36 CC. 1.007.347.971 Firma:

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 23 DE Abril DE 2026 HORA: 9:01am UBICACIÓN: Alfonso Aula.

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Lemar Arredo Martinez. TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC. 124353 e464

FECHA DE NACIMIENTO: 17/03/2021 EDAD: 5 TIPO DE SANGRE: ot

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Golon GRADO: transición JORNADA: tarde EPS: nueva EPS.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Blanca Martinez Zarate TIPO Y N° DE DOCUMENTO: cc. 1010 111566.

CELULAR: 3232891583. DIRECCIÓN: calle 17 #29-24 FIRMA: +Blanca Martinez

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 23 DE Abril DE 2026 HORA: 9:00am UBICACIÓN: Alfonso Aula.

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Bianca Lucia Mercado Mello TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC: 1.066.360.162.

FECHA DE NACIMIENTO: 20/10/2023. EDAD: 2 TIPO DE SANGRE: A+.

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: CDI Momin GRADO: ___ JORNADA: mañana. EPS: nueva EPS.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Blanca Martinez Zarate TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1010111566.
Celular 3231891583. calle 17 # 29-24 Firma: Blanca Martinez

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 23 DE Abril DE 2026 HORA: 9:12am UBICACIÓN: Aula Alterno.

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Adelyn Sofia Sanchez Cabo TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC. 1.066.260.350.

FECHA DE NACIMIENTO: 20/09/2024 EDAD: 1. TIPO DE SANGRE: A+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: ___ GRADO: ___ JORNADA: ___ EPS: Mesa EPS-S.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Abelarda Cabo Sandet TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1.006.777.004

CELULAR: 3116530645 DIRECCIÓN: Carrera 31 #1830 FIRMA: Abelarda Cabo.

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 23 DE Abril DE 2026 HORA: 9:12am UBICACIÓN: Aula Alterno.

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose Raul Rueda Cabo TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI. 1122.130.482.

FECHA DE NACIMIENTO: 21/02/208. EDAD: 8 TIPO DE SANGRE: O+.

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Comfa Javier GRADO: 2°. JORNADA: Mañana EPS: Mesa EPS-S.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Abelarda Cabo Sandet TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1.006.777.004.

CELULAR: 3116530645 DIRE: Carrera 31 # 1830 FIRMA: Abelarda Cabo.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 23 DE Abril DE 2026 HORA: 9:19 UBICACIÓN: Alfonso Aula.

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yuleth Sofia Martinez Navarro TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC. 1066358737.

FECHA DE NACIMIENTO: 7/01/2020 EDAD: 6 TIPO DE SANGRE: B+.

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Club de leones GRADO: 1° JORNADA: Mañana EPS: Mutual SER-S.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Leonidas Navarro Anglo TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1.067.810.859

CELULAR: 3013380198 DIRECCIÓN: Calle 15 #31-100 FIRMA: Leonidas Navarro A.

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 23 DE Abril DE 2026 HORA: 9:19cm UBICACIÓN: Alfonso Aula.

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Emmanuel David Vargas Martinez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI. 1.121.547.978.

FECHA DE NACIMIENTO: 10/03/2015 EDAD: 11 TIPO DE SANGRE: O+.

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Camilo Torres Restrepo GRADO: 4 JORNADA: Mañana EPS: Mutual SER-S.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Luz Neri Martinez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1124028891

CELULAR: 3219324208. Calle 17 #29-24 Luz Neri Martinez

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 13 DE Abril DE 2026 HORA: 9:30am UBICACIÓN: Primero Aula.

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ivan David Vargas Martinez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC. 1.121.558.514

FECHA DE NACIMIENTO: 25/01/2020. EDAD: 6. TIPO DE SANGRE: O+.

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Colombo Real Hasta. GRADO: 1° JORNADA: Mañana EPS: Nueva EPS-S.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Luz Mary Martinez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1.124.028.891.

CELULAR: 3213324108 DIRECCIÓN: Calle 17 #29-24. FIRMA: Luz Mary Martinez

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 13 DE Abril DE 2026 HORA: 9:30am UBICACIÓN: Primero Aula.

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angel Alberto Tuesaca TIPO Y N° DE DOCUMENTO: PPT. 6212603.

FECHA DE NACIMIENTO: 15-09-2017 EDAD: 8 TIPO DE SANGRE: ___

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: ___ GRADO: ___ JORNADA: ___ EPS: Nueva EPS-S.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Miguel Angel Montero TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1089325312.

Contacto: 3226618717. Calle 18 31-18 Firma: Miguel Angel

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 23 DE Abril DE 2026 HORA: 9:30am UBICACIÓN: Alfonso Aula.

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Estella Maria Pallares TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC 1.066.359.326

FECHA DE NACIMIENTO: 5/10/2021 EDAD: 4 TIPO DE SANGRE: ot

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: _____ GRADO: _____ JORNADA: _____ EPS: Nokaper-S.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Miguel Maria Maloyo TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 18932312.

CELULAR: 3226187177 DIRECCIÓN: Calle 18 # 31-18 FIRMA: Miguel Arenas

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 23 DE Abril DE 2026 HORA: 9:30am UBICACIÓN: Alfonso Aula.

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luisa Fernanda Ochoa Arias TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC

FECHA DE NACIMIENTO: 21/Sep/2021 EDAD: 4 TIPO DE SANGRE: ot

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Sinfonía GRADO: Preescolar JORNADA: Tarde EPS: Famisanar-S.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Yenifer Ochoa Arias. TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1.067.711.188

CELULAR: DIRECCIÓN: calle 18 # 21-74 FIRMA: Jennifer Ochoa

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 23 DE Abril DE 2026 HORA: 9:58am UBICACIÓN: Alfonso Aula.

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Dilan Jose Parra Conchila TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC. 1.066.359.652.

FECHA DE NACIMIENTO: 26/05/2022 EDAD: 3 TIPO DE SANGRE: B+.

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Hogar Comunitario GRADO: ___ JORNADA: mañana EPS: Nueva EPS-S.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Elida Conchila TIPO Y N° DE DOCUMENTO: Cc. 49.691.896.

CELULAR: 3015669737 DIRECCIÓN: Carrera 14 31-21 FIRMA: Elida Conchila

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 23 DE Abril DE 2026 HORA: 9:58am UBICACIÓN: Alfonso Aula.

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Thiago Smith Mercado Trankado TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC 1.066.004.466.

FECHA DE NACIMIENTO: 20/02/2020 EDAD: 6. TIPO DE SANGRE: O-

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Francisco de Paula GRADO: 1 JORNADA: tarde EPS: Coosalud ES-S

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Eliecer Trankado TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. entonces 90756732.

Celular 3015M0848 Cra 30 #20-58. Eliecer

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 8 DE Abril DE 2026 HORA: 10 am UBICACIÓN: Alonso Aula.

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Joeth Manel Pardo Polo TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC 1.046.258.742.

FECHA DE NACIMIENTO: 04/06/2020 EDAD: 5 TIPO DE SANGRE: ot.

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Troncoso de Pinto GRADO: 1° JORNADA: Taide EPS: Coosalud-S

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Yelgis Yhoana Polo Hurtado TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC-extranjera 7417 8301

CELULAR: 3015140018 DIRECCIÓN: Cra 30 #20-58 FIRMA: Yelgis

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 23 DE Abril DE 2026 HORA: 10.10am UBICACIÓN: Alonso Aula.

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yary Yoriel Valdez Cellan. TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC 1067735734

FECHA DE NACIMIENTO: Cellan 15/03/22 EDAD: 4 TIPO DE SANGRE: ot

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Cellan IE GRADO: Preescolar JORNADA: Mañana EPS: Nueva EPS-S.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Angie Paola Cellan TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1003391260.

Cellan: 3143371184. Dirección: Calle 10 Carrera 3E Firma: Angie Cellan

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 23 DE Abril DE 2026 HORA: 10:13AM UBICACIÓN: Alfonso Aula

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí x No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Milagros de Dios Parra Cuchilla TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC. 1067735125.

FECHA DE NACIMIENTO: 7/07/2020 EDAD: 5 TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Alfonso de Ávila GRADO: 1° JORNADA: tarde EPS: Nueva EPS.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Angie Paola Cuellar TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1.003941760.

CELULAR: 3245371784 DIRECCIÓN: Calle 16 carrera 32. FIRMA: Angi Cuellar

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 23 DE Abril DE 2026 HORA: 10:13am UBICACIÓN: Alfonso Aula

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí x No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Alan Yesid Lozano Pinto TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC: 1.067.737.198.

FECHA DE NACIMIENTO: 9/08/2023 EDAD: 2 TIPO DE SANGRE: A-

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: CDI Campo Verde GRADO: ___ JORNADA: mañana EPS: Nueva EPS.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Yuleth Lozano TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1067711548.

Cel/tel: 3233316081 Dirección: Calle 16 Carrera 32 Firma: Yuleth Lozano

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 23 DE Abril DE 2026 HORA: 10:23am UBICACIÓN: Alfonso Aula.

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jesus Mathios Romero Tejeda TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC. 1.007.735.865

FECHA DE NACIMIENTO: 06/04/2022 EDAD: 4 TIPO DE SANGRE: B+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Hogar Comunitario GRADO: ___ JORNADA: Mañana EPS: Nueva EPS-S

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Kimberly Tejeda TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1.003.775.778.

CELULAR: 3233352306 DIRECCIÓN: Calle 30 #15-69. FIRMA: Kimberly

---

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 23 DE Abril DE 2026 HORA: 10:43am UBICACIÓN: Alfonso Aula.

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ian Gonez Gutierrez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI. 1.066.356.963

FECHA DE NACIMIENTO: 9/07/2017 EDAD: 8 TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Tenorio de Pula Pueyal GRADO: 4° JORNADA: Mañana EPS: Nueva EPS-S.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Ena Gonez Gutierrez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC 1.067.774.574

CELULAR: 3145586652 DIRECCIÓN: Calle 18 31-15 FIRMA: Ena Gomez

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 23 DE Abril DE 2026 HORA: 10:30am UBICACIÓN: Alfonso Aulla.

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Dylan Matteo Vilbo Corea TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC. 1066358557.

FECHA DE NACIMIENTO: 14/07/2020 EDAD: 5 TIPO DE SANGRE: A+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Ceilan GRADO: Preescolar JORNADA: mañana EPS: Nueva EPS.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Ena Corea Gutierrez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1.067.724.574

CELULAR: 3147858652 DIRECCIÓN: Calle 18 31-15 FIRMA: x Ena Gomez

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 23 DE Abril DE 2026 HORA: 10:45am UBICACIÓN: Alfonso Aulla

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Selvis Lorena Pelon Lozano TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC. 1.066.358.739

FECHA DE NACIMIENTO: 24/Sep/2020 EDAD: 5 TIPO DE SANGRE: A+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Ceilan GRADO: Preescolar JORNADA: mañana EPS: Coosalud - S.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Astrid Carolina Lozano Tejeda TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 1.052.813.109

Celular: 3143600115 Dirección Calle 31 #11-85 48 x firma - ASTRID LOZANO

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 23 DE Abril DE 2026 HORA: 10:52m UBICACIÓN: Alonso Aula

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Andres Pena Ovalle TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI 1067776306

FECHA DE NACIMIENTO: 28/09/2012 EDAD: 13 TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Cooperativo GRADO: 8° JORNADA: Mañana EPS: Famisanar S.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Maira Lucia Ovalle TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC. 49.695.553.

CELULAR: 3245299866 DIRECCIÓN: Calle 18 #31-72. FIRMA: X

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: ___ DE _____ DE 2026 HORA: _____ UBICACIÓN: _____

_____

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí ___ No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ TIPO Y N° DE DOCUMENTO:

_____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ TIPO DE SANGRE: _____

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: _____ GRADO: _____ JORNADA: _____ EPS: _____

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: _____ TIPO Y N° DE DOCUMENTO: _____

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

100

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI E.S.E.
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2026

COMPONENTE Seguridad Alimentaria

ALCALDÍA AGUSTIN CODAZZI

ACTIVIDAD Brigada de depuración niños entre 0-14 años.

FECHA 25-04-2026 RESPONSABLE Comisaria Seguridad Alimentaria

LUGAR Barrio Alfredo Ana

N	NOMBRE	ID	TELEFONO	AFILIACION AL SGSS					DISCAPACIDAD						SEXO		COMO SE ENTERO DE LA ESTRATEGIA					OCUPACION						FIRMA
				S	C	S	E	N	F	S	A	C	G	O	F	M	AFICHE	RED	RADIO	PERIFONEO	OTRO	ESTUDIANTE	EMPLEADO	INDEPENDIENTE	HOGAR	DESEMPLEADO	OTRO	
1	LUIS SANTIAGO	1066903190	3116440928	X												X						X						
2	KATHERLEYN SOFIA MADRERO	1066353304	3217116184	X											X								X					
3	JESUS ADRIAN LEON MADRERO	1067731458	3147284610	X												X							X					
4	DANIELA CAROLINA MARTINEZ SIERRA	1067279672	3135841410	X											X								X					
5	LEIDIS REGINO MARTINEZ	1143334464	3233186180	X												X						X						
6	BRAYAN LICETH MADRERO MARTINEZ	1066360162	3135186182	X											X							X						
7	EVELIN SOFIA SANCHEZ CASO	1066360350	3216182804	X											X							X						
8	JESUS DANIEL PEREZ CASO	1222130487	3116260204	X												X							X					
9	YIRETH SOFIA MARTINEZ MADRERO	1066358232	3015330178	X											X								X					
10	EMANUEL DAVID MADRERO MARTINEZ	1215749758	3112320768	X												X							X					
	TOTAL			10											4	6						3	7					

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
Empresa Social del Estado

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI E.S.E.
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2026
COMPONENTE Seguridad alimentaria

ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

ACTIVIDAD Jornada de diagnostico niños entre 0 - 14 años

FECHA 23-04-2026 **RESPONSABLE** Componente Seguridad alimentaria

LUGAR Barrio Alfonso Avila

N	NOMBRE	ID	TELEFONO	AFILIACION AL SGSS					DISCAPACIDAD						SEXO		COMO SE IDENTIFICA USTED					CICLO VITAL						FIRMA
				S	C	V	E	N	F	V	A	C	M		F	M	AFRO	IND	DESP	DISC	LGBT	1ERA INF	INF	ADOL	JUV	AD	AD MAYOR	
1	IKENER DAVID VARGAS MARTINEZ	1121549938	3217324705	X												X							X					
2	ANGEL ALBERTO TORO PALLARES	6212803	3226618312	X												X							X					
3	ISABELLA ANAYA PALLARES	1066359320	3226618312	X											X							X						
4	LUISA FERNANDA OYOLA ARIAS	1067735419		X											X							X						
5	DILUAN JOSE DIAZ CANCHILA	1066359652	3015668	X												X						X						
6	THIAGO SMITH MERCADO FRANCO	1066004480	3015140848	X												X							X					
7	JOETH MANUEL PARDO POLEO	1096258942	3015140848	X												X						X						
8	YARY YAINETH NIVERO CUELLAR	1067735754	3245371789	X											X							X						
9	MILAGROS DE DIOS DIAZ CANCHILA	1067735125	3245371789	X											X							X						
10	DILAN JOSE LOZANO TORRES	1067737198	3233231681	X												X						X						
	TOTAL			10											4	6						7	3					

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
Empresa Social del Estado

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI E.S.E.
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2026

COMPONENTE Seguridad alimentaria

ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 2027

ACTIVIDAD Jornada de desparasitación niños entre 0-14 años.

FECHA 23-04-2026. **RESPONSABLE** Componente Seguridad alimentaria

LUGAR Barrio Alfonso Avila

N	NOMBRE	ID	TELEFONO	AFILIACION AL SGSS					DISCAPACIDAD						SEXO		COMO SE IDENTIFICA USTED					CICLO VITAL						FIRMA
				S	C	V	E	N	F	V	A	C	M		F	M	AFRO	IND	DESP	DISC	LGBT	1ERA INF	INF	ADOL	JUV	AD	AD MAYOR	
1	JESUS MATHIAS RAMIREZ TEHERAN	1067735865	3233352300	X												X						X						Kimberly
2	LIAM ANDRES GOMEZ GUTIERREZ	1066356963	3043058652	X												X							X						Ena Gomez
3	DYLAN MATTEO VILLERO GOMEZ	1066358557	3043058652	X												X						X							Ena Gomez
4	SEILYS LORIANA DE LEON LOZANO	1066358739	3043600115	X											X							X							Astrid Lozano
5	ANDRES PERTUZ OVALLE	1067726306	3024529866	X												X								X					
6																													
7																													
8																													
9																													
10																													
	TOTAL			5											1	4						3	1	1					

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	**ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)** **NIT. No. 892.300.358-5**	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

TEMA:	Jornada de desparasitación a niños y niñas del Barrio Alfonso Ávila
FECHA/HORA:	23/04/2026 - 7:30 A.M - 12:00 P.M
LUGAR/ZONA:	Barrio Alfonso Ávila





Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) NIT. No. 892.300.358-5	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

Póster educativo sobre higiene, autocuidado y prevención de parasitosis

PIC PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Componente Seguridad Nutricional - PIC 2026



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

1. Jornada de desparasitación en el Barrio Alfonso Ávila, dirigida a niños, niñas y Adolescentes.

ENFOQUE DIFERENCIAL																		
MES	CICLO VITAL						SEXO		AFILIADOS AL SGSSS			COMO SE IDENTIFICA USTED						
												GRUPO ETNICO			POBLACION			
	1° Inf	Infan	Adoles c	Juv	Adul	Adul May	M	F	S	C	N	Afro	Ind	Mest	Desp	Disc	LGTB	
ABRIL	14	10	1	0	0	0	15	10	25	0	0	0	0	0	0	0	0	

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

CÓDIGO DE ACTIVIDAD	ACTIVIDAD	DESARROLLO
131	Ejecutar 6 jornadas de desparasitación para 400 niños de 0–14 años y gestantes, articuladas con EAPB, en instituciones educativas y comunidades urbanas y rurales	Se realizó una jornada de desparasitación en el barrio Villa Eduardo, dirigida a niños, niñas y adolescentes de 0 a 14 años sobre hábitos de higiene, autocuidado y prevención de la parasitosis, promoviendo prácticas saludables que contribuyen a la disminución del riesgo de enfermedades parasitarias y al bienestar de la población infantil y adolescente.

RESPONSABLES DE LA ACTIVIDAD

COMPONENTE DE SEGURIDAD NUTRICIONAL

ANEXOS

1. Acta
2. Oficio de concertación
3. Oficio de articulación con EAPB
4. Consentimiento informado
5. Planillas de Asistencia
6. Registro fotográfico
7. Poster educativo sobre higiene, autocuidado y prevención de parasitosis
8. Enfoque diferencial

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI Empresa Social del Estado	**ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)** **NIT. No. 892.300.358-5**	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

ACTA N° 18	**FECHA** 24/04/2026	**HORA DE INICIO:** 07:30 AM **HORA DE TERMINACION:** 12:00 M	**LUGAR:** BARRIO VILLA EDUARDO

OBJETIVO DE LA REUNION

Contribuir a la disminución del riesgo de parasitosis en niños y niñas de 0 a 14 años del Barrio Villa Eduardo, mediante una jornada de desparasitación acompañada de acciones educativas sobre higiene, autocuidado y prevención.

RESPONSABLE DE LA REUNION

Componente seguridad nutricional

AGENDA

1. Bienvenida.
2. Presentación del personal y objetivo del encuentro.
3. Desarrollo de la actividad.
4. Despedida.

DESARROLLO DE LA AGENDA

Se dio inicio a la jornada siendo las 8:00 A.M. con un saludo de bienvenida dirigido a los niños, niñas, padres de familia, acudientes y demás participantes del Barrio Villa Eduardo, promoviendo un ambiente de confianza, participación y disposición para el desarrollo de la actividad.

Posteriormente, el equipo del componente de Seguridad Nutricional realizó su presentación ante la comunidad, explicando el objetivo de la jornada, enfocado en prevenir la parasitosis en niños y niñas de 0 a 14 años mediante la administración del medicamento desparasitante y el fortalecimiento de prácticas saludables de higiene y autocuidado.

Durante el encuentro, se explicó a los asistentes la importancia de la desparasitación periódica para prevenir enfermedades causadas por parásitos intestinales, las cuales pueden afectar el crecimiento, el estado nutricional, el rendimiento escolar y el bienestar general de los niños y niñas. Asimismo, se informó sobre el medicamento suministrado (Mebendazol 500 mg), indicando sus beneficios y la importancia de contar previamente con el consentimiento informado firmado por los padres o acudientes.

De igual manera, se brindó un espacio educativo donde se orientó a la comunidad sobre hábitos adecuados de higiene y autocuidado para prevenir la parasitosis. En este espacio se resaltó la importancia del lavado de manos antes de consumir alimentos y después de ir al baño, utilizando suficiente agua y jabón. También se enfatizó en el adecuado lavado de frutas y verduras, el consumo de agua segura, la correcta manipulación y conservación de los alimentos y el uso permanente de calzado para evitar el contacto con superficies contaminadas.

Asimismo, se promovieron acciones de autocuidado como mantener las uñas limpias y cortas, evitar introducir objetos o manos sucias en la boca y mantener limpios los espacios del hogar y sus alrededores. Estas recomendaciones fueron socializadas de manera clara y dinámica para facilitar la comprensión tanto de los niños como de sus familias.

Posteriormente, se realizó la administración del medicamento desparasitante a los niños y niñas que contaban con la autorización correspondiente. Durante este proceso se brindó acompañamiento a los participantes y se reforzaron las orientaciones relacionadas con la prevención de enfermedades parasitarias.

Como apoyo pedagógico, se hizo entrega de material educativo relacionado con prácticas de higiene, autocuidado y prevención de la parasitosis, con el propósito de fortalecer los conocimientos adquiridos durante la jornada y promover su aplicación en el entorno familiar y comunitario.

Durante el desarrollo de la jornada no se contó con la presencia de personal de la Nueva EPS.

Finalmente, se agradeció la participación activa de los niños, niñas, padres de familia y comunidad del Barrio Villa Eduardo, resaltando la importancia de continuar fortaleciendo hábitos saludables desde el hogar para proteger la salud y el bienestar de la población infantil.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	**ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)** **NIT. No. 892.300.358-5**	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

COMPROMISOS:

c	COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA LIMITE
1	Ejecutar jornadas de desparasitación para niños de 0–14 años y gestantes, articuladas con EAPB, en instituciones educativas y comunidades urbanas y rurales	Componente Seguridad Alimentaria – PIC	Actividad ejecutada en su totalidad o N/A

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI Empresa Social del Estado	**ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)** **NIT. No. 892.300.358-5**	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

Para mayor constancia se firma en el municipio de Agustin Codazzi a los 24 días del mes 04 de 2026.

FIRMAN PARTICIPANTES:

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
Jilber Mercado	líder	
Ana Emma Monroy	coordinadora Seguridad Nutri.	Ana E Monroy

Se soporta listado de asistencia

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

110

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
Empresa Social del Estado

PIC
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI
2024 - 2027

Recibido
20/04/2026

Agustín Codazzi, 20 de abril de 2026

Señor(a)
ADREINA BOLIVAR
Presidenta Junta de Acción Comunal
Barrio Villa Eduardo

Asunto: Solicitud de permiso para realizar jornada de desparasitación.

Cordial saludo,

En nombre del Hospital Agustín Codazzi E.S.E., a través del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y el componente de Seguridad Nutricional, solicitamos su valioso apoyo para la convocatoria de las familias del barrio Villa Baquero, con el fin de informar y garantizar la participación en una jornada de desparasitación dirigida a niños y niñas de 0 a 14 años.

Esta actividad se llevará a cabo el día 24 de abril de 2026, a partir de las 7:30 a.m., en espacio de la comunidad.

El objetivo de esta jornada es contribuir a la prevención de enfermedades parasitarias, promoviendo el bienestar y la salud de la población infantil. Por ello, es fundamental contar con su colaboración para invitar a los padres, madres y cuidadores a que estén atentos y asistan oportunamente con sus hijos e hijas.

De igual manera, solicitamos su aprobación para realizar el registro de asistencia de los participantes, así como la toma de evidencia fotográfica y audiovisual con fines institucionales, garantizando el uso adecuado y responsable de la información recolectada.

Agradecemos de antemano su atención, disposición y apoyo en la difusión de esta importante actividad para la comunidad.

Atentamente,

CLAUDIA PATRICIA CADENA R.
Coordinadora del PIC
Psicóloga
3104454624

ANA EMMA MONROY JIMENEZ
Coordinadora del Componente Seguridad Alimentaria
3233669113

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

111

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
Empresa Social del Estado

PIC
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI
2024 - 2027

Agustín Codazzi, 20 de abril de 2026

Señores:
NUEVA EPS
Agustín Codazzi

Asunto: Solicitud de articulación para jornada de desparasitación.

Cordial saludo,

En nombre del Hospital Agustín Codazzi E.S.E., a través del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y el componente de Seguridad Nutricional, solicitamos la articulación con su entidad para el desarrollo de jornada de desparasitación dirigida a niños y niñas de 0 a 14 años.

Estas actividades se llevarán a cabo los días 23 de abril de 2026, en el barrio Alfonso Ávila, y el 24 del mes y año en curso en el Barrio Villa Eduardo, del municipio de Agustín Codazzi, a partir de las 7:30 a.m.

El objetivo de esta jornada es contribuir a la prevención de enfermedades parasitarias en la población infantil, promoviendo acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En este sentido, consideramos fundamental el trabajo articulado con su entidad para fortalecer el alcance, cobertura y efectividad de la actividad.

Por lo anterior, solicitamos su apoyo en las acciones que consideren pertinentes, tales como acompañamiento institucional, apoyo en talento humano, insumos o difusión de la jornada entre sus afiliados.

De igual manera, se informa que durante la actividad se realizará registro de asistencia y toma de evidencia fotográfica y audiovisual con fines institucionales, garantizando el adecuado manejo de la información.

Agradecemos su atención y quedamos atentos a su disposición para trabajar de manera conjunta en beneficio de la comunidad.

Recibi
22-04-2026
Usuario de Nueva EPS

Atentamente,

CLAUDIA PATRICIA CADENA R.
Coordinadora del PIC
Psicóloga
3104454624

ANA EMMA MONROY JIMENEZ
Coordinadora del Componente Seguridad Alimentaria
3233669113

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

117

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 24 DE Abril DE 2026 HORA: 8:00 Am UBICACIÓN: Villa Eduardo

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Lian Santiago DaVila TIPO Y N° DE DOCUMENTO: PPT6845334

FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/2019 EDAD: 6 TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Instituto GRADO: 1 JORNADA: Tarde EPS: Nueva eps - S.

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Sandry Bello TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC#1.003.391.393

CELULAR: 3021020676 DIRECCIÓN: Villa Eduardo FIRMA: x Sandry Bello

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 24 DE Abril DE 2026 HORA: 8:00 Am UBICACIÓN: Villa Eduardo

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Idaly Yiseth Davila Bello TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC#1.080.191.086

FECHA DE NACIMIENTO: 22/02/2022 EDAD: 4 TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: CDI Goticas de Miel GRADO: ___ JORNADA: ___ EPS: Nueva EPS - S

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Sandry Bello TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC#1003391393

Celular: 3021020676 Dirección Villa Eduardo Firma: x Sandry Bello

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

113

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 24 DE Abril DE 2026 HORA: 8:10 AM UBICACIÓN: Villa Eduardo

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Abigail Aponte Montufar TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC# 1066358362

FECHA DE NACIMIENTO: 6/05/2020 EDAD: 5 TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Club de leones GRADO: 1 JORNADA: Tarde EPS: Famisanar-S

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Angi Montufar TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC 1003040335

CELULAR: 3246448749 DIRECCIÓN: Villa Eduardo FIRMA: x Angie Montufar

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 24 DE Abril DE 2026 HORA: 8:20 AM UBICACIÓN: Villa Eduardo

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: yireth Atencio Ramirez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI 1073174760

FECHA DE NACIMIENTO: 21/10/2015 EDAD: 10 TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: club de leones GRADO: 4 JORNADA: Mañana EPS: famisanar

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: lizeth Ramirez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: 1007347833

Celular: 3153750860 Dirección: villa eduardo Firma: lizeth Ramirez

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 24 DE Abril DE 2026 HORA: 8:20 UBICACIÓN: Villa Eduardo

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: litzy Duran Poveda TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI 1066357271

FECHA DE NACIMIENTO: 1/03/2018 EDAD: 8 TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Santa rita GRADO: 3 JORNADA: M EPS: Salud total

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Maria Ines Poveda TIPO Y N° DE DOCUMENTO: 1067720528

CELULAR: 3043317356 DIRECCIÓN: Villa nii FIRMA: [signature]

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 24 DE Abril DE 2026 HORA: 8:20 UBICACIÓN: Villa Eduardo

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Alla Lucia Sierra madrid TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC 1084476570

FECHA DE NACIMIENTO: 12/10/2022 EDAD: 3 TIPO DE SANGRE: B+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: C DI GRADO: ___ JORNADA: M EPS: Coosalud

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Yairis Sierra M. TIPO Y N° DE DOCUMENTO: 1151199976

CELULAR: 3148758712 DIRECCIÓN: villa eduardo FIRMA: [signature]

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 24 DE Abril DE 2026 HORA: 8:30 UBICACIÓN: Villa Eduardo

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maximiliano Sierra Madrid TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC 1084468997

FECHA DE NACIMIENTO: 13/07/2019 EDAD: 6 TIPO DE SANGRE: B+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Sagrado Corazon GRADO: 1 JORNADA: T EPS: Coosalud

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Yairis Sierra M. TIPO Y N° DE DOCUMENTO: 1151199976

CELULAR: 3148758712 DIRECCIÓN: Villa eduardo FIRMA: Yairs sierra madrid

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 24 DE Abril DE 2026 HORA: 8:35 UBICACIÓN: Villa Eduardo

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Andres romero triana TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI 1067729981

FECHA DE NACIMIENTO: 24/07/2016 EDAD: 9 TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Club de leones GRADO: 4 JORNADA: M EPS: ___

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Edwar Romero TIPO Y N° DE DOCUMENTO: 15 172 424

CELULAR: 302 222 4113 DIRECCIÓN: villa eduardo FIRMA:

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 24 DE Abril DE 2026 HORA: 8:40 UBICACIÓN: Villa Eduardo

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose Montufar Brochero TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI 1067 728 894

FECHA DE NACIMIENTO: 26/08/2015 EDAD: 10 TIPO DE SANGRE: A+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: club de leones GRADO: 5 JORNADA: M EPS: famisanar

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Carlos Andres Montufar TIPO Y N° DE DOCUMENTO: 18 957755

CELULAR: 3145343411 DIRECCIÓN: villa eduardo FIRMA: Carlos Montufar

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 24 DE Abril DE 2026 HORA: 8:40 UBICACIÓN: Villa Eduardo

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Santiago Acuña villalba TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI 1066887832

FECHA DE NACIMIENTO: 10-01-2015 EDAD: 11 TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: club de leones GRADO: 4 JORNADA: T EPS: Nueva EPS

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Nerlys Villalba TIPO Y N° DE DOCUMENTO: 1004306060

Celular: 3218818437 Dirección: Villa eduardo Firma: Nerlys Villalba

Powered by CamScanner

11

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 24 DE Abril DE 2026 HORA: 8:40 UBICACIÓN: Villa Eduardo

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Daniel acuña villalba TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI 1082 249 833

FECHA DE NACIMIENTO: 16/11/2011 EDAD: 14 TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Nacional A.C. GRADO: 8 JORNADA: T EPS: Salud total

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Nelys villalba TIPO Y N° DE DOCUMENTO: 100 430 6060

CELULAR: 3218818437 DIRECCIÓN: villa eduardo FIRMA: Nelys Villalba.

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 24 DE Abril DE 2026 HORA: 8:40 UBICACIÓN: Villa Eduardo

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luciana Herrera Melo TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI 1066254251

FECHA DE NACIMIENTO: 16/12/2013 EDAD: 12 TIPO DE SANGRE: B+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: IE Francisco de Paula GRADO: 7 JORNADA: Mañana EPS: ___

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Camila olaya TIPO Y N° DE DOCUMENTO: 1068346187

CELULAR 3023731510 Dirección. Ville Eduardo Firma. Camila olaya

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 24 DE Abril DE 2026 HORA: 8:50 UBICACIÓN: Villa Eduardo

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Elos Eliana Herrera olalera TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC 1067734217

FECHA DE NACIMIENTO: 03/10/2020 EDAD: 5 TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Colegio Galan GRADO: 1 JORNADA: Mañana EPS: Nueva EPS

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Camila olalera TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC 1068346187

CELULAR: 3027731510 DIRECCIÓN: Villa Eduardo FIRMA: Camila olalera

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 24 DE Abril DE 2026 HORA: 8:50 UBICACIÓN: Villa Eduardo

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Elicus Elisa Herrera olalera TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC 1067778595

FECHA DE NACIMIENTO: 11/03/2025 EDAD: 1 TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: OCA GRADO: ___ JORNADA: ___ EPS: Nueva EPS

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Camila olalera TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC 1068346187

Cel. 3027731510 Dirección: Villa eduardo FIRMA: Camila olalera

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 24 DE Abril DE 2026 HORA: 9:00 UBICACIÓN: Villa Eduardo

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Leonel Andres Pastor Gonzalez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI 1117729256

FECHA DE NACIMIENTO: 24/08/2017 EDAD: 8 TIPO DE SANGRE: O−

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Francisco de Paula GRADO: 2 JORNADA: Tarde EPS: Famisanar

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Pablo Gonzalez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC 49694284

CELULAR: 3226117175 DIRECCIÓN: Villa Eduardo FIRMA: Pablo Gonzalez

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 24 DE Abril DE 2026 HORA: 9:00 UBICACIÓN: Villa Eduardo

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Maria Polo Arrocho TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI 1067726571

FECHA DE NACIMIENTO: 31/05/2015 EDAD: 10 TIPO DE SANGRE: B+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA Club de Leones GRADO: 5 JORNADA: Tarde EPS: Coosalud

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Maryuris Arrocho TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC 49699874

Celular: 3244590464 Dirección: Villa Eduardo Firma: Maryuris A

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

120

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 24 DE Abril DE 2026 HORA: 9:00 UBICACIÓN: Villa Eduardo

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Abraham Martinez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC 1067737046

FECHA DE NACIMIENTO: 12/06/2022 EDAD: 2 TIPO DE SANGRE: _____

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: HCB GRADO: 2 JORNADA: _____ EPS: _____

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Hesbeidis Arocha TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC 1099699874

CELULAR: 3244590466 DIRECCIÓN: Villa Eduardo FIRMA: Hesbeidis Arocha

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 24 DE Abril DE 2026 HORA: 9:10 UBICACIÓN: Villa Eduardo

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose Andres Fernandez Arias TIPO Y N° DE DOCUMENTO: PPT 5342711

FECHA DE NACIMIENTO: 16/05/2016 EDAD: 9 TIPO DE SANGRE: _____

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: I.E. Camilo Torres GRADO: 3 JORNADA: Mañana EPS: Nueva EPS

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Jose Fernandez Arias TIPO Y N° DE DOCUMENTO: 1065203179

CELULAR: 3175320900 DIRECCIÓN: Villa Eduardo

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 24 DE Abril DE 2026 HORA: 9:10 UBICACIÓN: Villa Eduarda

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

SI X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jackelis Jaime de Arias TIPO Y N° DE DOCUMENTO: PPT 5316097

FECHA DE NACIMIENTO: 29/10/2017 EDAD: 8 TIPO DE SANGRE: ___

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: I.E. Camilo Torres GRADO: 2 JORNADA: Mañana EPS: Nueva EPS

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: José Fernandez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: 1065207990

CELULAR: 3135320766 DIRECCIÓN: Villa Eduardo FIRMA: [signature]

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 24 DE Abril DE 2026 HORA: 9:10 UBICACIÓN: Villa Eduarda

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

SI X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jenna Valentina Ruiz Medina TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC 1061734072

FECHA DE NACIMIENTO: 21/06/2020 EDAD: 5 TIPO DE SANGRE: ___

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: ___ GRADO: ___ JORNADA: ___ EPS: Coosalud - S

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Melissa Medina TIPO Y N° DE DOCUMENTO: 1061724962

3135320722 3254 Dirección Calle 12 #29-40 Mora Melissa Medina

Powered by CamScanner

122

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 24 DE Abril DE 2026 HORA: 9:10 UBICACIÓN: Villa Eduardo

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Rosa Esther Ríos Medina TIPO Y N° DE DOCUMENTO: 1066299325

FECHA DE NACIMIENTO: 19/04/2018 EDAD: 8 TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: _____ GRADO: _____ JORNADA: _____ EPS: _____

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Melissa Medina TIPO Y N° DE DOCUMENTO: 1C1007249762

CELULAR: 3507223254 DIRECCIÓN: Calle 12 #28-40 FIRMA: Melissa Medina.

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 24 DE Abril DE 2026 HORA: 9:10 UBICACIÓN: Villa Eduardo

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ismael Jesus Alarcon Alarcon TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC 1067737524

FECHA DE NACIMIENTO: 2/01/2024 EDAD: 2 TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: _____ GRADO: _____ JORNADA: _____ EPS: Famisanar-C

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Melissa Rico TIPO Y N° DE DOCUMENTO: cc# 1098663523

Cel: 314 507 4875 Dirección: Calle 12 Firma: Melissa Rico.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

172

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 24 DE Abril DE 2026 HORA: 9:20 UBICACIÓN: Villa Eduardo

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Geronimo Perez soto TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC 1083071659

FECHA DE NACIMIENTO: 24/11/2024 EDAD: 1 TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: E I H GRADO: ___ JORNADA: ___ EPS: Salud total-c

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Luisa Margarita Perez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC# 1007316981

CELULAR: 3171071028 DIRECCIÓN: ___ FIRMA: ___

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 24 DE Abril DE 2026 HORA: 9:40 UBICACIÓN: Villa Eduardo

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Raul Santiago Castro TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI 1067637511

FECHA DE NACIMIENTO: 1/06/2018 EDAD: 7 TIPO DE SANGRE: B+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: ___ GRADO: ___ JORNADA: ___ EPS: famisanar-s

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Liseth Castro TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC# 1065640945

celular: 3143451088 dirección: Villa Eduardo firma: Liseth Castro

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 24 DE Abril DE 2026 HORA: 9:40 UBICACIÓN: Villa Eduardo

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Liand Andres Lagg TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI 1066888476

FECHA DE NACIMIENTO: 22/06/2015 EDAD: 10 TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: _____ GRADO: _____ JORNADA: _____ EPS: proteger-S

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Liseth Castro TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC 1065640945

CELULAR: 3143451088 DIRECCIÓN: Villa Eduardo FIRMA: Liseth Castro

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 24 DE Abril DE 2026 HORA: 9:50 UBICACIÓN: Villa Eduardo

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Pablo Emilio Torres TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI 1062815973

FECHA DE NACIMIENTO: 2/11/2016 EDAD: 9 TIPO DE SANGRE: A+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Sagrado Corazón de Jesus GRADO: 4 JORNADA: _____ EPS: Famisanar-S

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Jackeline Brito TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC 1098668921

CELULAR: 3109378208 DIRECCIÓN: Villa Eduardo firma: Jackeline Brito

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 24 DE Abril DE 2026 HORA: 9:50 UBICACIÓN: Villa Eduardo

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Samara Torres TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI 1062816719

FECHA DE NACIMIENTO: 2/11/2017 EDAD: 8 TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Sagrado corazón de Jesus GRADO: 3 JORNADA: Mañana EPS: Famisanar-S

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Jackeline Brito TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC# 1098668921

CELULAR: 3107378208 DIRECCIÓN: Villa Eduardo FIRMA: Jackeline Brito

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 24 DE Abril DE 2026 HORA: 10:00 UBICACIÓN: Villa Eduardo

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Emilia Monroy M. TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC# 1016919823

FECHA DE NACIMIENTO: 11/06/2019 EDAD: 6 TIPO DE SANGRE: A+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Colegio Jean Piaget GRADO: 1 JORNADA: Mañana EPS: Salud Total-C

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Greys Mosquera TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC# 1065640970

CELULAR: 3155904018 DIRECCIÓN: Villa Eduardo FIRMA: G. Mosquera

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 24 DE Abril DE 2026 HORA: 10:10 UBICACIÓN: Villa Eduardo

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Valentino Castro A TIPO Y N° DE DOCUMENTO: RC 1066304326

FECHA DE NACIMIENTO: 29/02/2020 EDAD: 6 TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Cooperativo GRADO: 1 JORNADA: ~~Mañana~~ EPS: Sanitas-C

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Tatiana Araujo TIPO Y N° DE DOCUMENTO: 1067729130

CELULAR: 3008679647 DIRECCIÓN: Villa Eduardo FIRMA: Tatiana Araujo

E.S.E. HOSPITAL AGUSTÍN CODAZZI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESPARASITACIÓN

Se informa a padre, madre o acudiente, la realización de la jornada de DESPARASITACIÓN del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Componente Seguridad Nutricional 2026.

FECHA: 24 DE Abril DE 2026 HORA: 10:30 UBICACIÓN: Villa Eduardo

Por lo anterior, se solicita al padre, madre o acudiente autorización para que el/la menor reciba el servicio de desparasitación mediante la administración de Mebendazole 500 mg.

¿Autoriza usted la administración del medicamento?

Sí X No ___

DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Belen Martinez TIPO Y N° DE DOCUMENTO: TI 1098801880

FECHA DE NACIMIENTO: 5/12/2015 EDAD: 10 TIPO DE SANGRE: O+

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Sagrado corazon de Jesus GRADO: 5 JORNADA: ~~Mañana~~ EPS: Sanita-C

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE COMPLETO: Anielka Brito TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CC 63549758

Celular: 3213665630 Dirección: Villa Eduardo Firma: Anielka B.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
Empresa Social del Estado

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI E.S.E.
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2026

COMPONENTE Seguridad Nutricional

ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

ACTIVIDAD Jandy de desparasitación niños entre 0 - 14 años.

FECHA 24/04/2026 **RESPONSABLE** componente seguridad nutricional

LUGAR Barrio villa Eduardo

N	NOMBRE	ID	TELEFONO	AFILIACION AL SGSS					DISCAPACIDAD					SEXO		COMO SE IDENTIFICA USTED					CICLO VITAL						FIRMA
				S	C	V	E	N	F	V	A	C	M	F	M	AFRO	IND	DESP	DISC	LGBT	1ERA INF	INF	ADOL	JUV	AD	AD MAYOR	
1	LIAN SANTIAGO DAVILA BELLO	6845334	3022120676	X											X							X					
2	IDALY YISETH DAVILA BELLO	1080191086	3022120676	X										X							X						
3	ABIGAIL APONTE MONTUFAR	1066358362	3246441247	X										X							X						
4	YIRETH VALENTINA ATENCIO RAMIREZ	1073174760	3157750860	X										X								X					
5	LITZY DURAN POVEDA	1066357271	3043312356		X									X								X					
6	AILA LUCIA SIERRA MADRID	1084426570	3148758312	X										X							X						
7	MAXIMILIANO SIERRA MADRID	1084468997	3148758712	X											X							X					
8	ANDRES RONALDO ERIARTE	1067729981	3022274[illegible]	X											X							X					
9	JOSE MONTUFAR BROCHERO	1067728894	3145343411	X											X							X					
10	SANTIAGO ACUÑA VILLALBA	1066887872	3218818437	X											X							X					
	TOTAL			9	1									5	5						3	7					

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
Empresa Social del Estado

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI E.S.E.
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2026
COMPONENTE Seguridad Nutricional

ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

ACTIVIDAD Jornada de desparasitación niños entre 0 - 14 años.

FECHA 24/04/2026 **RESPONSABLE** Componente Seguridad Nutricional

LUGAR Barrio Villa Eduardo

N	NOMBRE	ID	TELEFONO	AFILIACION AL SGSS					DISCAPACIDAD					SEXO		COMO SE IDENTIFICA USTED					CICLO VITAL						FIRMA
				S	C	V	E	N	F	V	A	C	M	F	M	AFRO	IND	DESP	DISC	LGBT	1ERA INF	INF	ADOL	JUV	AD	AD MAYOR	
1	DANIEL ACUÑA VILLALBA	1082249853	3218818437	X											X								X				
2	LUCIANA HERRERA MELO	1066354251	3023731510	X										X									X				
3	ELIS ELIANA HERRERA OTALORA	1067734217	3023731510	X										X							X						
4	ELIANIS ELISA HERRERA OTALORA	1067738595	3023731510	X										X							X						
5	LEONEL ANDRES BUITOI GAROIA	1137729256	3226117125	X											X							X					
6	LUZ MARIA ROLING ARROCHA	1067728571	3244590464	X										X								X					
7	ABRAHAM DE JESUS MARTINEZ GONZALEZ	1067737046	3244590464	X											X						X						
8	JOSE ANDRES FERNANDEZ ARIAS	5342711	3135320700	X											X							X					
9	JOSKEILYS ANTONELLA FERNANDEZ ARIAS	5316097	3135320700	X										X								X					
10	Jannavalentina Rios Medina	1067734072	3507223254	X										X							X						
	TOTAL			10										6	4						4	4	2				

Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI
Empresa Social del Estado

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI E.S.E.
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2026
COMPONENTE Seguridad Nutricional

ALCALDÍA AGUSTIN CODAZZI 2024 2027

ACTIVIDAD Jornada de desparasitación niños entre 0-14 años

FECHA 24/04/2026 **RESPONSABLE** Componente Seguridad Nutricional

LUGAR Barrio Villa Eduardo

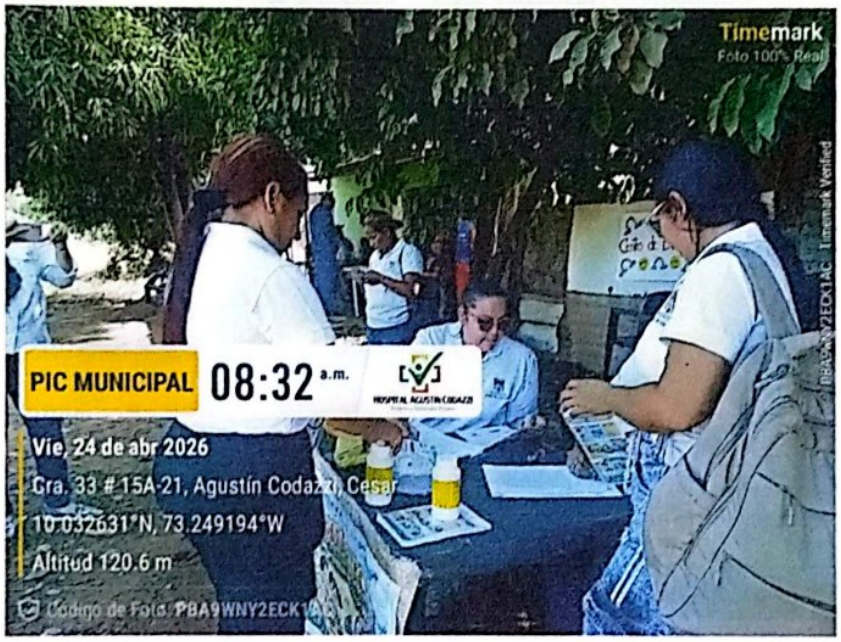
N	NOMBRE	ID	TELEFONO	AFILIACION AL SGSS					DISCAPACIDAD						SEXO		COMO SE IDENTIFICA USTED					CICLO VITAL						FIRMA
				S	C	V	E	N	F	V	A	C	M	F	M	APRE	IND	DESP	DISC	LGBT	PRIMERA INF	INF	ADOL	JUV	AD	AD MAYOR	
1	Rosa Ester Rios Medina	1066299325	3507223254		X									X								X						Melissa Medina
2	Ismael Jesus Alarcon Alarcon	1067737524	3145074875		X										X						X							
3	Geronimo Perez Soto	1083071659	3171071028		X										X						X							
4	Raul Santiago Castro Castro	1067637571	3143451088	X											X							X						Joseth Castro
5	Yiand Andres Iggo Castro	1066888496	3143451088	X											X							X						Joseth Castro
6	Pablo Emilio Torres Brito	1062815973	3107378208	X											X							X						Jackeline Brito
7	Samara Torres Brito	1062816719	3107378208	X										X								X						Jackeline Brito
8	Emilia Monroy Mosquera	1016919823	3155904078		X									X								X						Monroy
9	Valentino Castro Araujo	1066304326	3008679642		X										X							X						Tatiana Araujo
10	Maria Belen Martinez Brito	1092201880	3215665630		X									X								X						ANIELKA B.
	TOTAL			4	6									4	6						2	8						

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	**ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)** **NIT. No. 892.300.358-5**	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

TEMA:	Jornada de desparasitación a niños y niñas del Barrio Villa Eduardo
FECHA/HORA:	24/04/2026 - 7:30 A.M - 12:00 P.M
LUGAR/ZONA:	Barrio Villa Eduardo





Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) NIT. No. 892.300.358-6	ALCALDIA AGUSTIN CODAZZI

Póster educativo sobre higiene, autocuidado y prevención de parasitosis

Componente Seguridad Nutricional - PIC 2026



Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) NIT. No. 892.300.358-5	ALCALDÍA AGUSTÍN CODAZZI 2024 - 2027

1. **Jornada de desparasitación en el Barrio Villa Eduardo, dirigida a niños, niñas y Adolescentes.**

ENFOQUE DIFERENCIAL																		
MES	CICLO VITAL						SEXO		AFILIADOS AL SGSSS			COMO SE IDENTIFICA USTED						
												GRUPO ETNICO			POBLACION			
	1ª Inf	Infan	Adoles c	Juv	Adul	Adul May	M	F	S	C	N	Afro	Ind	Mest	Desp	Disc	LGTB	
ABRIL	9	19	2	0	0	0	15	15	23	7	0	0	0	0	0	0	0	

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI	ESE HOSPITAL AGUSTIN CODAZZI PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) NIT. No. 892.300.358-5	ALCALDÍA AGUSTIN CODAZZI 2024 - 2027

ENFOQUE GENERAL

ENFOQUE GENERAL																		
MES	CICLO VITAL						SEXO		AFILIADOS AL SGSSS			COMO SE IDENTIFICA USTED						
												GRUPO ETNICO			POBLACION			
	1ª Inf	Infan	Adolesc	Juv	Adul	Adul May	M	F	S	C	N	Afro	Ind	Mest	Desp	Disc	LGTB	
ABRIL	37	49	54	2	1	0	77	66	131	12	0	0	2	0	0	0	0	

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner