CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No SS- 005 – 2025

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E CAMU LOS CÓRDOBAS

INFORME FINAL DE AVANCES

CORRESPONDIENTE AL 100% DE EJECUCIÓN

EJE ESTRATÉGICO ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

PIC DEPARTAMENTAL VIGENCIA 2025

MUNICIPIO PUERTO ESCONDIDO– CÓRDOBA.

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

MICROTERRITORIO URBANO

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

Jornadas de tamizaje para ITS (VIH y sífilis), con enfoque preventivo a personas entre 15 y 60 años de edad por parte de personal certificado en POCT a excepción de los profesionales en bacteriología. Se debe garantizar la asesoría pre y post prueba y la entrega de cinco (05) preservativos a las personas que accedan a las pruebas. se debe garantizar la canalización efectiva de los usuarios con resultados reactivos a la IPS primaria para captación de los casos resguardando la confidencialidad. Mínimo 30 personas.

OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD:

- ✓ Proporcionar servicios de planificación familiar y anticoncepción de calidad con una amplia oferta de métodos anticonceptivos modernos y suficientes para que hombres y mujeres.
- ✓ Educar sobre decidir libre y responsablemente sobre el método anticonceptivo que mejor cumpla sus expectativas.
- ✓ Educar sobre los derechos sexuales y reproductivos
- ✓ Incrementar el nivel de información y concienciación sobre la prevención de la infección por VIH entre la población general.
- ✓ Promover prácticas de sexo más seguro, fomentando también el uso del preservativo.
- ✓ Crear un entorno social favorable para la prevención del sida, suprimiendo los obstáculos para la integración social, la difusión de la información y la toma de conciencia sobre la responsabilidad individual.

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

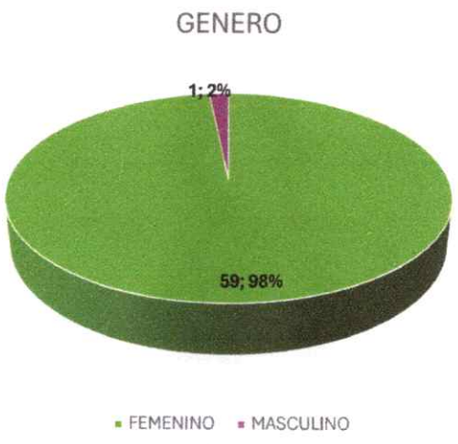
E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

TABLA: CONSOLIDACIÓN DE INFORMACIÓN DE JORNADA DE TAMIZAJE PARA ITS (VIH Y SIFILIS)

ITEM	FECHA	LUGAR (BARRIO, VEREDA O SITIO)	NUMERO DE PERSONAS	GENERO		RANGO DE EDAD					
				F	M	0-5	6-11	12-17	18-28	29-59	<60
1	20/09/2024	Las Marías	30	30	0	0	0	2	11	14	3
2	24/09/2024	Villa Juani	30	29	1	0	0	3	10	15	2
	TOTAL		60	59	1	0	0	5	21	29	5

GRAFICAS JORNADA DE TAMIZAJE PARA ITS (VIH Y SIFILIS)

GRAFICA 1. GENERO



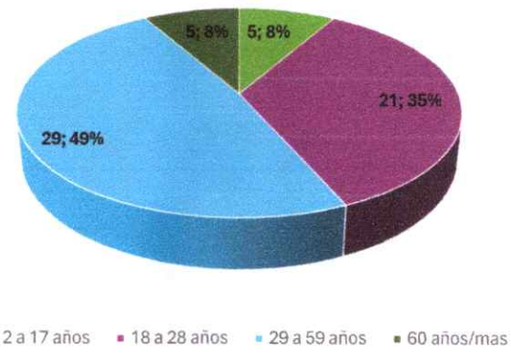
ANALISIS: en la anterior tabulación y grafica de los datos sobre la población intervenida en las jornadas, se puede evidenciar que un 98% son mujeres con 59 en total, en cuanto al 2% corresponde al género masculino con 1 participantes.

GRAFICA 2: RANGO DE EDAD

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

RANGO DE EDADES



ANALISIS: De la anterior tabulación y gráfica de rango de edades de las personas que asistieron a las jornadas podemos analizar que el 49% pertenecen al rango de edad entre 29 a 59 años con 29 adultos en total, seguido con el 35% en edades entre 18 a 28 años con 21 jóvenes en total, seguido del 8% en edades igual o mayor de 60años, e igual con un 8% edades entre 12 a 17 años con 5 adolescentes.

- **DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:**

Una vez concertada la actividad de las charlas educativas e información, el equipo de campo, se desplazaron en la fecha y lugar determinado, seguidamente, se da inicio al encuentro de salud, llevando una cronología de la actividad, dando un saludo a los participantes, realizando la presentación formal del equipo; se inicia la actividad con preguntas previas sobre: ¿Qué son Infecciones de transmisión Sexual? Seguidamente se inicia la temática a tratar sobre: definición de VIH, Sífilis, manifestaciones clínicas, tratamiento, la cual permitió la participación de muchos, expresando situaciones que han observado en el entorno familiar y social, del mismo modo aclarando dudas respecto a los temas, e identificando las forma de asumir una sexualidad libre y responsable. Además, se llevó a cabo una (02) jornada de sensibilización con población adolescentes, juventud, adultez y vejez, donde se abordó el tema sobre la importancia de la prevención del VIH/SIDA, del mismo modo se realizó tamizaje, de hizo entrega de material educativo, con contenido sobre que es el VIH, población, formas de transmisión, formas de prevención. Se realizó tamizaje con prueba rápida de VIH y Sífilis, con previo consentimiento informado, se hizo entrega de preservativos, la cual permitió la participación de la comunidad en general, expresando situaciones que han observado en el entorno social, del mismo modo aclarando dudas respeto al tema, e identificando las forma de asumir una sexualidad libre y responsable. Se finaliza

con certificación sin inconvenientes, diligenciamiento de listado de asistencia, toma de evidencias fotográficas.

- **TEMATICA:**

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son enfermedades causadas por bacterias, virus, hongos o parásitos que se transmiten principalmente a través de relaciones sexuales sin protección. Algunas ITS comunes incluyen clamidia, gonorrea, herpes genital, sífilis, VIH y VPH. Para prevenirlas, es fundamental usar condones, hacerse pruebas de detección periódicas y limitar el número de parejas sexuales.

¿Qué son y cómo se transmiten?

- Son infecciones que se contagian de una persona a otra durante las relaciones sexuales (vaginales, orales o anales).
- También se pueden transmitir por contacto con fluidos corporales infectados o mediante compartir agujas.

Si tiene síntomas, estos pueden incluir:

- Secreción inusual del pene o la vagina
- Llagas o verrugas en el área genital
- Micción frecuente o dolorosa
- Picazón y enrojecimiento en el área genital
- Ampollas o llagas en o alrededor de la boca
- Olor vaginal anormal
- Picazón, dolor o sangrado anal
- Dolor abdominal
- Fiebre

Prevención

Uso de condón:

Utilizar condones de látex de manera consistente y correcta durante cada acto sexual es la forma más efectiva de reducir el riesgo.

Pruebas de detección:

Realizarse exámenes periódicos para detectar ITS es crucial, especialmente si se tienen múltiples parejas sexuales, ya que muchas ITS no presentan síntomas.

Comunicación con la pareja:

Hablar con las parejas sobre su salud sexual y la realización de pruebas puede ayudar a tomar decisiones informadas.

Monogamia:

Tener relaciones sexuales solo con una pareja sexual que también tiene solo una pareja con la que tiene relaciones sexuales.

¿Cómo se diagnostican las infecciones de transmisión sexual?

Si es sexualmente activo, hable con su profesional de la salud sobre su riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y si necesita hacerse la prueba. Esto es especialmente importante, ya que muchas ITS no suelen causar síntomas.

Algunas ITS pueden diagnosticarse durante un examen físico o prueba de ITS. Algunas pruebas incluyen examen microscópico de una llaga o líquido extraído de la vagina, el pene o el ano. Los análisis de sangre pueden diagnosticar otros tipos de ITS.

¿Cuáles son los tratamientos para las infecciones de transmisión sexual?

Los antibióticos pueden tratar las ITS causadas por bacterias o parásitos. No existe cura para las ITS causadas por un virus, pero a menudo los medicamentos antivirales pueden ayudar con los síntomas y reducir su riesgo de propagar la infección.

Es importante obtener tratamiento si tiene una ITS. Algunos tipos de ITS pueden causar problemas de salud serios si no se tratan. Hable con su profesional de la salud sobre por cuánto tiempo debe abstenerse de tener sexo una vez inicie el tratamiento, para evitar transmitir la infección a su pareja y que usted se recontagie.

- **METODOLOGIA:**

Se realizó una charla educativa mediante: capacitación al inicio, y un espacio de socialización al final, además se realizaron tomas de muestra rápida de VIH bajo normas de bioseguridad estricta y previo diligenciamiento de consentimiento informados, durante el desarrollo de la charla se implementó metodología dinámica y participativa. Para esto, se hizo uso de rotafolio alusivo al tema, entrega de preservativos.

- **FUENTES DE INFORMACIÓN:**

Ministerio de salud y protección social
https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)OPS/OMS
Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

- **INSTRUMENTOS TÉCNICOS UTILIZADOS**

stand: mesa, silla, mantel, bombas, preservativos, lancetas, pruebas rápidas para VIH y Sífilis, algodón, alcohol, consentimiento informado, guardián, guantes de latex.

Registro Fotografías.

Actas (concertación, actividad, reunión, certificación)

Registros de asistencia

Celular, huellero, transporte

EVALUACIÓN DEL PROYECTO

Este proyecto se considera satisfactorio dado que se logró el desarrollo de las intervenciones planeadas hasta la fecha establecida, cumpliendo lo propuesto para lo comunidad objeto.

OBJETIVO DE LA SISTEMATIZACIÓN

Identificación de dificultades: No se presentaron dificultades que impidieran el desarrollo de los encuentros.

Logros: Desarrollar los encuentros en la fechas y horarios estipulados, asimismo que las actividades hayan generado empatía, aceptación en los participantes.

RECOMENDACIONES

Desde la promoción y prevención se hace necesario seguir desarrollando proyectos que oriente y sensibilicen a la población en general sobre el cuidado de su salud física y mental, especialmente los adolescentes, quienes experimentan cambios y exploraciones sin tener información acertada acerca de los derechos sexuales y reproductivos, previniendo así infecciones de transmisión sexual incluido VIH/SIDA, embarazos no deseados y abortos inseguros.

Generar espacios de masificación de información y sensibilización en la comunidad en cada Plan De Intervenciones Colectivas frente a la prevención de VIH/SIDA, con el fin de que la comunidad pueda beneficiarse y acudir a actividades programadas por el Municipio. Y se pueden desarrollar este tipo de encuentros generado empatía, aceptación en los participantes.

CONCLUSION

La aplicación del presente proyecto es importante, se considera positivo y satisfactorio puesto que se propiciaron espacios de promoción y prevención, fomentando sensibilización individual y grupal, favoreciendo el fortalecimiento en los adolescentes en cuanto al acceso a conocimientos sobre la promoción de derechos sexuales y reproductivos, prevención de embarazo en adolescentes, promoción de métodos de control de fecundidad. Además, se logró el desarrollo de las intervenciones planeadas, cumpliendo lo propuesto para lo comunidad objeto. Todos los asistentes participaron de forma espontánea, haciendo saber que el tema es de suma importancia tanto para adultos como para jóvenes, puesto que inician vida sexual desinformados y en ocasiones sin responsabilidad.

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS	ACTA DE CONCERTACIÓN	pic · CÓRDOBA
	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. S S-005-2025	

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 30 del mes 08 del año 2025 se reunieron Andrea Camargo Navarro representante de la ESE CAMU LOS CÓRDOBA Enfermera. y Reina Araya Ruiz representante de ROSPUC. de la zona Urbana del municipio de P. Escondido :con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N°005 celebrado entre la ESE CAMU LOS CÒRDOBAS y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Eje / dimensión	Fecha propuesta	Necesidad de apoyo logístico	Necesidad de talento humano	Observaciones
Jornada tamizaje para ITS (VIH y Sifilis)	Atención Primaria Salud.	01/09/2025	-Prueba VIH y Sifilis -Guantes -lanceta -algodon -Alcohol -Guardian -Consentimiento	medico Enfermera	Ninguna

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

Nombre:	Reina J. Araya Ruiz	Nombre:	Andrea Camargo Navarro
Cedula de ciudadanía:	33331764.	Cedula de ciudadanía:	1002343737
Entidad:	Rospuc.	Entidad:	ESE Camu los Cordobas
Numero de contacto	3188635418.	Numero de contacto	3153612210
Firma:	Reina J. Araya R.	Firma:	Andrea Camargo Navarro

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud · Gobernación de Córdoba	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Las Manas	Hora de Inicio: 03:00pm
Fecha 01/09/2025	Hora de Finalización: 05:00pm

Objetivo(s) de la Reunión

Ejecutar jornada de tamizaje para ITS (VIH y Sifilis) con enfoque preventivo dentro del microterritorio urbano.

Desarrollo de la Reunión

1. Saludo formal al personal y Presentación del equipo PIC 2025
2. Socialización a los participantes de finalidad y objetivo del encuentro
3. Sondeo previo de preguntas iniciales sobre el tema VIH y Sifilis.
4. Se inicio el contenido del tema, se explica realización de pruebas rapidas previo consentimiento informado
5. toma de evidencias fotograficas, diligenciamiento de asistencia
6. Cierre presentación, agradecimiento.

Conclusiones

Este proyecto se Considera importante Satisfactoria eficaz, pertinente y de impacto positivo Cumpliendo con lo propuesto en la poblacion objeto intervenida

Recomendaciones

Generar espacios de informacion en salud en cada pic con el fin de que la Comunidad pueda educarse e informarse Sobre las diferentes actividades de salud

Responsables de la Actividad

Andres C. Xamuaz

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS
Te Cuidamos con la Salud

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Reina Anaya, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 33335964, en Representación del POSMOC, certifico que la ESE CAMU LOS CÓRDOBAS realizó Jornada de VIH y Sifilis, en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Puerto Escondido a los 01 días del mes de 09 de 2025

FIRMA: Reina L. Anaya Ruiz
CEDULA DE CIUDADANÍA: 33335964.
CELULAR: 3108635418.

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

ORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atención Primaria Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Tamizaje VIH - Sífilis

DIA:	01	MES:	09	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	las Marías	ZONA:	Urbano

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	delfina durango	CC	26139748	3188653110	46	F	M	—	—		—	—	—	—	X	X	—	—	—	X			X		delfina durango
2	carmen cala	CC	50956850	3163528854	65	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X			X		carmen cala
3	elsi padilla	CC	1124652714	—	31	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X			X		Elsy Padilla
4	luisa berrio almanza	CC	1064313757	—	26	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X			X		luisa Berrio
5	rosario berio	CC	50437831	3218165910		F	M		—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X			X		
6	alicia renata berrio	CC	50957568	—	53	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X			X		Alicia
7	marilda gonzales	CC	26139813	3216428	44	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X			X		Marilda
8	Saida Patricia B.	CC	1039089080	3218354313	38	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X			X		Saida PBM
9	Norelis Bolaño Anaya	CC	1067816485	3149844046	41	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—		X			X		
10	yajaira Mijares	CC	1064911772	3137152235	37	F	M	—		—	—			—	X	X		—	—	X			X		

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS	ORMATO DE ASISTENCIA	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud — GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025	

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

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

RMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atención Primaria Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Tamizaje VIH - Sífilis

DIA:	01	MES:	09	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Las Manas	ZONA:	Urbana

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1.	marla c. Negrete	CC	1064317411	3182154236	26	F	M	-	-	-	-	-	-	-	X	X	-		-	X	-	-	X		Maria Negrete
2.	Luz E Saenz	CC	1064315754	-	30	F	M	-	-	-			-	-	X	X	-	-	-	X	-	-	X		Luz E Saenz
3.	Nancy Marin Cordoba	CC	1005563056	3177206347	35	F	M	-	-		-	-	-	-	X	X	-	-	-	X	-	-	X		Nancy Marin
4.	edwin Morelo M	CC	1064311775	-	35	M	H	-	-	-	-	-	-	-	X	X	-	-	-	X	-	-	X		Edwin Morelo
5	sherla regino	CC	1064316257	3166313291	23	f	M	-	-	-	-	-	-	-	X	X	-	-	-	X	-	-	X		Sherla Regino
6	diandy Bravo	CC	50952676	3188208152	52	F	M	-	-	-			-	-	X	X	-	-	-	X	-	-	X		Elinndi Bravo
7	lucy lopez	CC	1063142868	3161672647	47	F	M	-		-		-	-	-	X	X	-	-	-	X	-	-	X		Lucy lopez
8	leonor ramirez	CC	26151864	-	68	F	M	-	-	-	-	-	-	-	X	X	-	-	-	X	-	-	X		leonor
9	nuris hernandez	CC	1067853096	3172389185	37	F	M	-	-	-	-	-	-	-	X	X	-	-	-	X	-	-	X		angie c.
10	Valentina mendez	CC	1193229956	3217279089	22	F	M		-	-		-	-	-	X	X	-	-	-	X	-	-	X		Valentina B

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS	FORMATO DE ASISTENCIA	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud — Gobernación de Córdoba
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025	

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

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

RMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atención Primaria Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Tamizaje VIH - Sifilis

DIA:	01	MES:	09	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	las Marias	ZONA:	urbano.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Yeneidis JARAMA	CC	26139933	3178228125	45	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X	—	—	X		
2	Luz Saldarriaga	CC	1064308529	3217829690	27	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X	—	—	X		Luz Saldarriaga.
3	berta ceballo	CC	33147902	3103970180	63	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X	—	—	X		Berta Ceballo
4	ana carolina suniga	CC	1143359546	3153678538	40	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X	—	—	X		Ana Zuñiga
5	Yeidis Marsigico Heinlet	CC	1064312256	3216913665	36	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X	—	—	X		Yeid. S Mugica
6	miriam tovar	CC	26138447	—	43	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X	—	—	X		Miryam Tovar
7	Luz adriana negrete	CC	1064307604	3174710669	25	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X	—	—	X		Luz Adriana
8	anidis trespalacios	CC	1057469498	3175669126	23	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X	—	—	X		Anidis trespalacios.
9	ana rosa oviedo	CC	43823358	3165858594	58	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X	—	—	X		A.R.O
10	ana guerra	CC	26152302		56	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X	—	—	X		Ana G.

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS	FORMATO DE ASISTENCIA	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud — Gobernación de Córdoba
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025	

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

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	1064312436.
NOMBRES	Yeidis Marsig Hernandez	APELLIDOS	hernandez
EDAD	36	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Yeidis Marsico.
FIRMA	Yeidis Hernandez
FECHA	01-09 | 2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	01 sep | 2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	cc	NÚMERO ID	1143359546
NOMBRES	ana carolina	APELLIDOS	suniga
EDAD	40	SEXO	f

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	ana carolina suniga
FIRMA	Ana Zunda A.
FECHA	01-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez.
FIRMA	Dania ortega H.
FECHA	01-Sep 2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	33147902
NOMBRES	Berta	APELLIDOS	ceballo
EDAD	63	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	berta ceballo
FIRMA	Berta Ceballo
FECHA	01_09-2025.

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	01- Sep /2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	1064308529
NOMBRES	Luz	APELLIDOS	Saldarriaga
EDAD	27	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Luz Saldarriaga
FIRMA	Luz Saldarriaga
FECHA	01 - 09 - 2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	01 - Sep - 2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	26139933
NOMBRES	Yeneidis	APELLIDOS	Jaraba
EDAD	45	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Yaneidis Jaraba
FIRMA	
FECHA	01- 09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortga H.
FECHA	01- sep- 2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	50957568
NOMBRES	alicia	APELLIDOS	peñata berrio
EDAD	53	SEXO	f

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	alicia peñata
FIRMA	ALICIA
FECHA	01-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Fernandez
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	01-Sep-2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	4434731
NOMBRES	rosario	APELLIDOS	berrio
EDAD	80	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	rosario berrio
FIRMA	
FECHA	01-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	01-Sep-2025.

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	1064313757
NOMBRES	Luisa	APELLIDOS	berrio almanza
EDAD	26	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Luisa berrio
FIRMA	Luisa Berrio
FECHA	01-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	01-sep-2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	1124652744
NOMBRES	Elsi	APELLIDOS	Padilla
EDAD	31	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	elsi padilla
FIRMA	Elsi Padilla
FECHA	01-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	01-sep-2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	50956850
NOMBRES	Carmen	APELLIDOS	Calo
EDAD	65	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Carmen Calo
FIRMA	Carmen Calo C
FECHA	01-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Danna Ortega Hernandez
FIRMA	Danna Ortega H.
FECHA	01-Sep-2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	26139748
NOMBRES	delfina	APELLIDOS	durango
EDAD	46	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	delfina durango.
FIRMA	Delfina Durgo.
FECHA	01-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	01-Sep-2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	1064317411
NOMBRES	maria c negrete	APELLIDOS	negrete
EDAD	26	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	maria negrete
FIRMA	Maria c Negrete.
FECHA	01-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	01-Sep-2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	1064315757
NOMBRES	Luz S.	APELLIDOS	Saenz
EDAD	30	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Luz Saenz
FIRMA	Luz Saenz
FECHA	01-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H
FECHA	1 - Sep - 2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	1005563056
NOMBRES	nancy n	APELLIDOS	marin cordaba
EDAD	35	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	nancy marin cordoba
FIRMA	nancy marin
FECHA	01-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dayra Ortega Hernandez
FIRMA	Dayra Ortega H
FECHA	01-09-2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	1064311775
NOMBRES	edwin	APELLIDOS	morelo
EDAD	35.	SEXO	M

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que **he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.**

NOMBRE DEL PACIENTE	edwin morelo
FIRMA	Edwin morelo
FECHA	01-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	01-Sep-2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	50937676.
NOMBRES	elianda	APELLIDOS	bravo
EDAD	52	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	elianda bravo
FIRMA	Elianda Bravo.
FECHA	01-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Danis Ortega Hernandez
FIRMA	Danis Ortega H.
FECHA	01 sep / 2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

JORNADA N#1

Lugar:	Las Marías
Fecha:	01 septiembre 2025 hora: 03:00pm
Personas Intervenidas:	población general
EJE ESTRATEGICO	ATENCIÒN PRIMARIA EN SALUD



20 personas



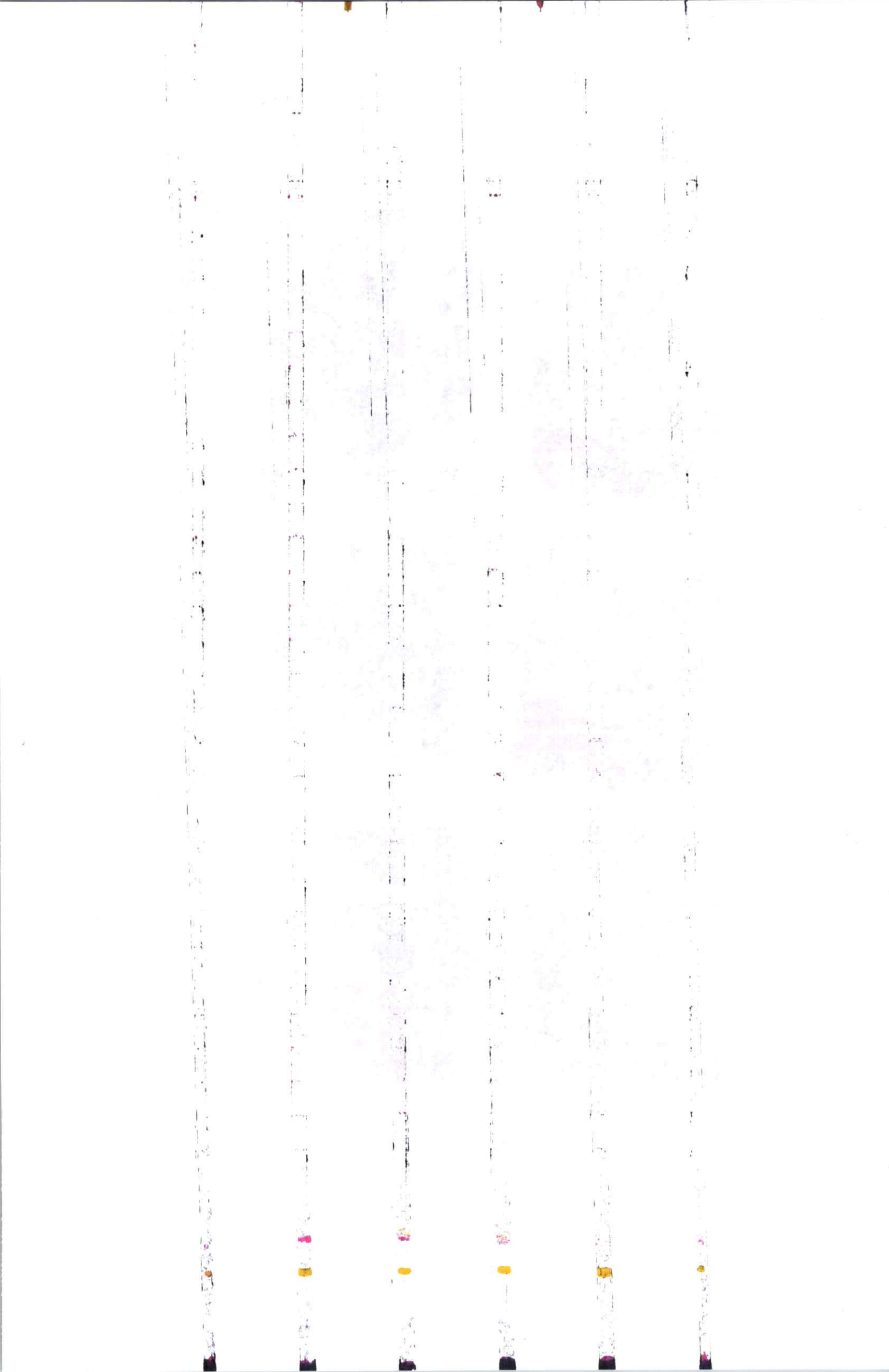
GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS









E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS	ACTA DE CONCERTACIÓN	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud · Gobernación de Córdoba
	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. S S-005-2025	

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 06 del mes Septiembre del año 2025 se reunieron Andrea Camargo Navarro representante de la ESE CAMU LOS CÒRDOBA Enfermera. y Dolores Acosta Zuñiga representante de comunidad. de la zona Urbano del municipio de Puerto Escondido:con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N°005 celebrado entre la ESE CAMU LOS CÒRDOBAS y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Eje / dimensión	Fecha propuesta	Necesidad de apoyo logístico	Necesidad de talento humano	Observaciones
Jornada familiar para IIS (VIH y Sifilis)	Atención Primaria Salud.	08/09/2025	Pruebas VIH y Sifilis Guantes - Lanceta. - algodon - consentimiento - Guardian	medico Enfermera	ninguna

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

Nombre:	Dolores Acosta	Nombre:	Andrea Camargo Navarro
Cedula de ciudadanía:	26152114	Cedula de ciudadanía:	1002343737
Entidad:	Comunidad	Entidad:	ESE Camu los Cordobas
Numero de contacto	3105317501	Numero de contacto	315 3612210
Firma:	Dolores Acosta	Firma:	Andrea Camargo Navarro

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud · Gobernación de Córdoba	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Villa Juani	Hora de Inicio: 3:00 PM
Fecha 08-09-2025	Hora de Finalización: 6:00 PM

Objetivo(s) de la Reunión

Ejecutar jornada de tamizaje para ITS (VIH y Sífilis) con enfoque preventivo del asentamiento urbano.

Desarrollo de la Reunión

1. Saludo formal y presentación del equipo PIC 2025
2. Socialización a los participantes de finalidad y objetivo del encuentro
3. Sondeo previo de preguntas iniciales sobre tema: VIH y Sífilis
4. Servicio Contenido del tema, se explica realización de pruebas rapidas previo consentimiento informado
5. Toma de evidencias fotograficas, diligenciamiento de asistencia, Cierre y agradecimientos.

Conclusiones

Este proyecto se considera importante satisfactoria eficaz pertinente y de impacto positivo cumpliendo con lo propuesto en la poblacion objeto

Recomendaciones

Generar espacios de informacion en salud en cada PIC con el fin de que la comunidad procedan a educarse.

Responsables de la Actividad

Andrea Camargo Ramirez

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS
El Corazón en la Salud

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Dolores Acosta, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 26152114, en Representación del Comunidad., certifico que la ESE CAMU LOS CÒRDOBAS realizó Jornada fumigación ITS, en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Puerto Escondido a los 08 días del mes de 09 de 2025

FIRMA: Dolores Acosta C

CÉDULA DE CIUDADANÍA: 26152114

CELULAR: 3205312501

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

JORNADA N#2

Lugar:	Villa Juani
Fecha:	08 septiembre 2025 hora: 03:00pm
Personas Intervenidas:	población general
EJE ESTRATEGICO	ATENCIÒN PRIMARIA EN SALUD



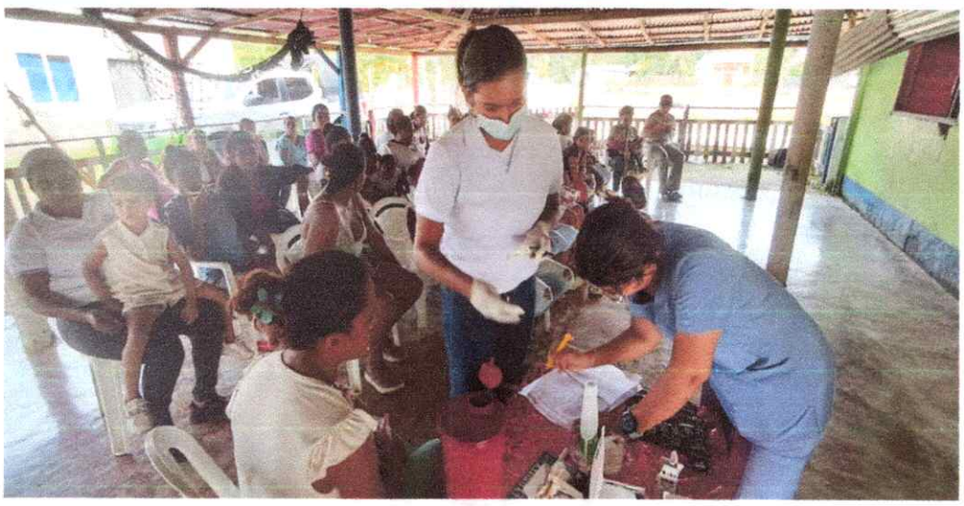


GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS







GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CORDOBAS



E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

RMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atención Primaria Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Tamizaje VIH - Sífilis

DIA:	08	MES:	04	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Villa Juana	ZONA:	Urbano

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	deivis diaz avila	CC	1064317716	3173211032	28	F	M	-	-	-	-	-	-	-	X	X	-	-	-	X	-	-	X		Deivis
2	Sandra ortega	CC	1038813251	3116169392	33	F	M	-	-	-	-	-	-	-	X	X	-	-	-	X	-	-	X		Sandra ortega
3	Luisa arrebalo	CC	1064310731	3214143462	19	F	M	-	-	-	-	-	-	-	X	X		-	-	X	-	-	X		Luisa D.D
4	erika torres	CC	1063814215	3206051392	21	F	M	-	-	-	-	-	-	-	X	X	-	-	-	X	-	-	X		
5	nilfi cuadrado	CC	50854202	3218161488	45	F	M	-	-	-	-	-	-	-	X	X	-	-	-	X	-	-	X		NELFICM
6	yasmira morelo	CC	50856740	3176564596	50	F	M	-	-	-	-	-	-	-	X	X	-	-		X	-	-	X		yasmira
7	nelis morelo	CC	1064309807	3235040888	21	F	M	-	-	-	-	-	-	-	X	X	-	-	-	X	-	-	X		Nelys
8	ines cabeza guzman	CC	26151875	3137360104	50	F	M	-	-	-	-	-	-	-	X	X	-	-	-	X	-	-	X		INES
9	delsiliana urango	CC	1064306470	3218746734	21	F	M	-	-	-	-	-	-	-	X	X	-	-	-	X	-	-	X		Delcy
10	luz angelica urango	CC	1064306470	3026370474	26	F	M	-	-	-	-	-	-	-	X	X	-	-	-	X	-	-	X		LUZ URANGO

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS	FORMATO DE ASISTENCIA	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud — Gobernación de Córdoba
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025	

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

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

RMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atención Primaria Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Tamizaje VIH - Sífilis

DIA:	08	MES:	04	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Villa Juani	ZONA:	Urbana

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	dennis urango	CC	1064306171	3026754704	24	F	M	—	—	—	—	—	—		X	X	—	—	—	X			X		
2	diana patricia peralta	CC	1007851414	—	25	F	M	—	—	—	—	—	—		X	X	—	—	—	X			X		
3	omaira ramirez	CC	26139533	3217799823	44	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X			X		
4	lina marcela contrera	CC	1062021822	3117538410	22	M	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X			X		
5	laura pedroza	CC	1064716707	3204873740	47	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X			X		
6	Tulvay argumedo	CC	5090158	3117898374	58	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X			X		
7	elvis hernandez	CC	1064316830	3206030438	27	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X			X		
8	lucy lopez	CC	1003142868	3161671049	49	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X			X		
9	angi Gonzalez	CC	1064318093	—	26	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X			X		
10	nolis hernandez	CC	1067753490	3172389185	37	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X			—		

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS	FORMATO DE ASISTENCIA	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

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

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025

PIC Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atención Primaria Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Tamizaje VIH - Sífilis

DIA:	08	MES:	09	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Villa Juan	ZONA:	

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Julia Vilera H	CC	1138079137	—	21	F	M	—	-	-	—	-	-		X	X	—	—	-	X			X		Valentina B.
2	Carolina Mendez	CC	1193229956	321727 9408	22	F	M	-	-	-	-	-	-	-	X	X	—	—	-	X			X		Delds C.
3	Delcy Correa	CC	42657101	←	52	F	M	-	-	-	-	-	-	-	X	X	—	-		X			X		
4	Maria C Negrete	CC	1064317411	3182154256	26	F	M	-	-	-	-	-	-	-	X	X	—	-	-	X			X		Mw C Negrete
5	Nancy Marin Cordoba	CC	1005563056	3177206347	35	F	M	-	-	-	-	-	-	-	X	X	—	-	-	X			X		Nancy Marin
6	Sheila Marin	CC	1064316775	3106313291	27	F	M	-	-	-	-	-	-	-	X	X	-	-	-	X			X		Sheila M.
7	Nini Vertel	CC	50957856	3156894682	44	F	M	-	-	-	-	-	-	-	X	X	—	-	-	X			X		Nine V.
8	Jaiber Miranda	CC	1507471l	3155333003	56	M	M	-	-	-	-	-	-	-	X	X	—	-	-	X			X		
9	Eliandi Bravo	CC	50957076	3188081521	52	F	M	-	-	-	-	-	-	-	X	X	-	-	-	X			X		Eliandi Bra.
10	Eva Ortiz	CC	1066317311	3135142696	31	F	M		-	-	-	-	-	-	X	X	—	-	-	X			X		

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS	FORMATO DE ASISTENCIA	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

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

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	1064317716
NOMBRES	derlis	APELLIDOS	diaz avila
EDAD	28	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	derlis diaz avila
FIRMA	Derls
FECHA	08-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	08 sep 2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	1038813281
NOMBRES	Sandra	APELLIDOS	ortega
EDAD	33	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Sandra ortega
FIRMA	Sandra Ortega
FECHA	08-09-2015

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	08-sep/2015

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	1064310781
NOMBRES	luisa	APELLIDOS	arevalo
EDAD	19	SEXO	(19) (f

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Luisa Arevalo.
FIRMA	Luisa Arevalo
FECHA	08-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania ortega H.
FECHA	08-sep/2025.

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	1073814215
NOMBRES	erika	APELLIDOS	torres
EDAD	21	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Erika Torres
FIRMA	
FECHA	08-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	08-sep 2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	5095702
NOMBRES	NELFI TORRES	APELLIDOS	TORRES
EDAD	45	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	NILFI TORRES
FIRMA	NELFI C M
FECHA	08-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	08-sep/2025.

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	50856740
NOMBRES	yasmira	APELLIDOS	morelo
EDAD	50	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Yasmira morelo
FIRMA	Yasmira
FECHA	08-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez.
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	08-09-2025.

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	1064309807
NOMBRES	Nelis	APELLIDOS	Morelo
EDAD	21	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Nelis Morelo
FIRMA	Nelys
FECHA	08-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	08-Sep/2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	26151875
NOMBRES	Ines.	APELLIDOS	Cabeza Borman
EDAD	50	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Ines cabeza
FIRMA	Ines.
FECHA	08-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	08/sep/2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	1064306 770
NOMBRES	deisi liliana	APELLIDOS	Urango
EDAD	21	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	deisi urango
FIRMA	Deisi
FECHA	08-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez.
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	08/sep/2025

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	1064 306 470
NOMBRES	luz angelica	APELLIDOS	urango
EDAD	26	SEXO	26 F.

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	luz angelica urango
FIRMA	Luz urango
FECHA	08-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez.
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	08/sep/2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	1064306171
NOMBRES	dennis	APELLIDOS	urango
EDAD	24	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	dennis urango
FIRMA	
FECHA	08-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	08/sep/2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	cc	NÚMERO ID	1007851414
NOMBRES	diana patricia	APELLIDOS	peralta
EDAD	25	SEXO	f

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	diana patricia peralta
FIRMA	Diana Pat.
FECHA	08-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	08-Sep/2025.

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	26139533
NOMBRES	Omaira	APELLIDOS	Ramirez
EDAD	44	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Omaira Ramirez
FIRMA	Omaira Ramirez
FECHA	08-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	08-sep/2025.

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	1062 027822
NOMBRES	lina marcela	APELLIDOS	contreras
EDAD	22	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	lina marcela contrera
FIRMA	lina Contreras
FECHA	08-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez.
FIRMA	Dania Ortegatl.
FECHA	08/sep/2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	1064 716 707
NOMBRES	laura	APELLIDOS	pedroza
EDAD	27	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	laura pedroza
FIRMA	laura pedroza
FECHA	08-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	08/sep/2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	5040158
NOMBRES	Yurisai	APELLIDOS	Argumedo
EDAD	58	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Yurisai Argumedo
FIRMA	Yurisai Argumedo.
FECHA	08-09/2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	08-sep/2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	1064 316 830
NOMBRES	EVIS	APELLIDOS	Hernandez
EDAD	27	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Evis Hernandez
FIRMA	Evis Hernandez
FECHA	08-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	08-Sep/2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH

TIPO DE ID	C-C	NÚMERO ID	1138079237
NOMBRES	Julia	APELLIDOS	H
EDAD	21	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Julia H
FIRMA	Julia
FECHA	08-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H
FECHA	08- Sept 2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH

TIPO DE ID	C.C	NÚMERO ID	1193229956
NOMBRES	Carolina	APELLIDOS	Hendez
EDAD	22 A	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que **he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.**

NOMBRE DEL PACIENTE	Carolina Hendez
FIRMA	Carolina M.
FECHA	08-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Danna Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H
FECHA	08-sep/2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	42657101
NOMBRES	Deicy	APELLIDOS	Correa
EDAD	52A	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Deicy Correa
FIRMA	Deicy C.
FECHA	08-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H
FECHA	08-09-2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH

TIPO DE ID	C.C	NÚMERO ID	1064317411
NOMBRES	Maria	APELLIDOS	Negrete
EDAD	26 A	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Maria Negrete
FIRMA	Ma C. Negrete
FECHA	08- 09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H
FECHA	08- Sep-2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH

TIPO DE ID	c.c	NÚMERO ID	1005563056
NOMBRES	Nancy	APELLIDOS	Marin Cordoba
EDAD	35A	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Nancy Marin
FIRMA	Nancy marin
FECHA	08-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H
FECHA	08-sep-2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH

TIPO DE ID	C.C	NÚMERO ID	1064316775
NOMBRES	Sheila	APELLIDOS	Marin
EDAD	27 A	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Sheila Marin
FIRMA	Sheyla M
FECHA	08-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega M
FECHA	08-sep/2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH

TIPO DE ID	C.C	NÚMERO ID	50957856
NOMBRES	Nini	APELLIDOS	Vertel
EDAD	44	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Nini Vertel
FIRMA	Nini V.
FECHA	08-SEP-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H
FECHA	08-SEP-2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

TIPO DE ID	C.C	NÚMERO ID	1507471
NOMBRES	Jaider	APELLIDOS	Miranda
EDAD	56 A	SEXO	M

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Jaider Miranda
FIRMA	Jaider
FECHA	08-9-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H
FECHA	08- Sep- 2025

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH

TIPO DE ID	C-C	NÚMERO ID	50957076
NOMBRES	Elianda	APELLIDOS	Brau
EDAD	52 A	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Elianda Brau
FIRMA	Eliandy B.
FECHA	8-9-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Danid Ortega Hernandez
FIRMA	Danid Ortega H
FECHA	8-SEP-2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH

TIPO DE ID	C.C	NÚMERO ID	1060317 31,
NOMBRES	EVA	APELLIDOS	ORTIZ
EDAD	31 A	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	EVA ORTIZ
FIRMA	Eva O.
FECHA	08-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	DAVID ORTEGA HERNANDEZ
FIRMA	DAVID ORTEGA H
FECHA	08 SEP-2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

MICROTERRITORIO RURAL

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

Jornadas de tamizaje para ITS (VIH y sífilis), con enfoque preventivo a personas entre 15 y 60 años de edad por parte de personal certificado en POCT a excepción de los profesionales en bacteriología. Se debe garantizar la asesoría pre y post prueba y la entrega de cinco (05) preservativos a las personas que accedan a las pruebas. se debe garantizar la canalización efectiva de los usuarios con resultados reactivos a la IPS primaria para captación de los casos resguardando la confidencialidad. Mínimo 30 personas.

OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD:

- ✓ Proporcionar servicios de planificación familiar y anticoncepción de calidad con una amplia oferta de métodos anticonceptivos modernos y suficientes para que hombres y mujeres.
- ✓ Educar sobre decidir libre y responsablemente sobre el método anticonceptivo que mejor cumpla sus expectativas.
- ✓ Educar sobre los derechos sexuales y reproductivos
- ✓ Incrementar el nivel de información y concienciación sobre la prevención de la infección por VIH entre la población general.
- ✓ Promover prácticas de sexo más seguro, fomentando también el uso del preservativo.
- ✓ Crear un entorno social favorable para la prevención del sida, suprimiendo los obstáculos para la integración social, la difusión de la información y la toma de conciencia sobre la responsabilidad individual.

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

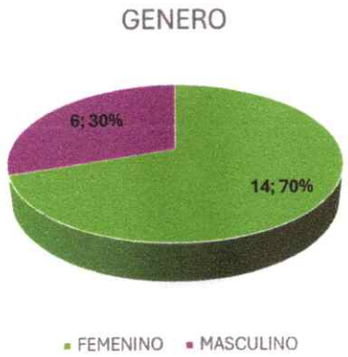
E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

TABLA: CONSOLIDACIÓN DE INFORMACIÓN DE JORNADA DE TAMIZAJE PARA ITS (VIH Y SIFILIS)

ITEM	FECHA	LUGAR (BARRIO, VEREDA O SITIO)	NUMERO DE PERSONAS	GENERO		RANGO DE EDAD					
				F	M	0-5	6-11	12-17	18-28	29-59	<60
1	19/09/2025	Calle Larga	20	14	6	0	0	2	4	12	2
	TOTAL		20	14	6	0	0	2	4	12	2

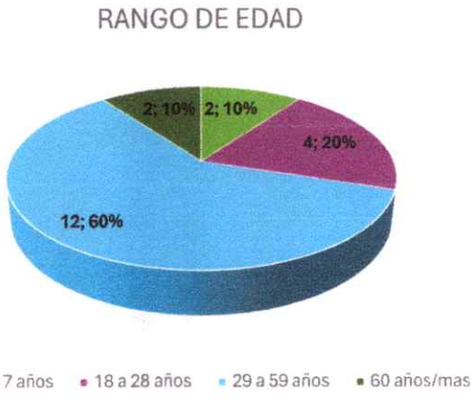
GRAFICAS JORNADA DE TAMIZAJE PARA ITS (VIH Y SIFILIS)

GRAFICA 1. GENERO



ANALISIS: en la anterior tabulación y grafica de los datos sobre la población intervenida en las jornadas, se puede evidenciar que un 70% son mujeres con 14 en total, en cuanto al 30% corresponde al género masculino con 6 participantes.

GRAFICA 2: RANGO DE EDAD



ANALISIS: De la anterior tabulación y gráfica de rango de edades de las personas que asistieron a las jornadas podemos analizar que el 60 % pertenecen al rango de edad entre 29 a 59 años con 12 adultos en total, seguido con el 20% en edades entre 18 a 28 años con 4 jóvenes en total, seguido del 10% en edades igual o mayor de 60años, e igual con un 10% edades entre 12 a 17 años con 2 adolescentes.

- **DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:**

Una vez concertada la actividad de las charlas educativas e información, el equipo de campo, se desplazaron en la fecha y lugar determinado, seguidamente, se da inicio al encuentro de salud, llevando una cronología de la actividad, dando un saludo a los participantes, realizando la presentación formal del equipo; se inicia la actividad con preguntas previas sobre: ¿Qué son Infecciones de transmisión Sexual? Seguidamente se inicia la temática a tratar sobre: definición de VIH, Sífilis, manifestaciones clínicas, tratamiento, la cual permitió la participación de muchos, expresando situaciones que han observado en el entorno familiar y social, del mismo modo aclarando dudas respecto a los temas, e identificando las forma de asumir una sexualidad libre y responsable. Además, se llevó a cabo una (02) jornada de sensibilización con población adolescentes, juventud, adultez y vejez, donde se abordó el tema sobre la importancia de la prevención del VIH/SIDA, del mismo modo se realizó tamizaje, de hizo entrega de material educativo, con contenido sobre que es el VIH, población, formas de transmisión, formas de prevención. Se realizó tamizaje con prueba rápida de VIH y Sífilis, con previo consentimiento informado, se hizo entrega de preservativos, la cual permitió la participación de la comunidad en general, expresando situaciones que han observado en el entorno social, del mismo modo aclarando dudas respeto al tema, e identificando las forma de asumir una sexualidad libre y responsable. Se finaliza con certificación sin inconvenientes, diligenciamiento de listado de asistencia, toma de evidencias fotográficas.

- **TEMATICA:**

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son enfermedades causadas por bacterias, virus, hongos o parásitos que se transmiten principalmente a través de relaciones sexuales sin protección. Algunas ITS comunes incluyen clamidia, gonorrea, herpes genital, sífilis, VIH y VPH. Para prevenirlas, es fundamental usar condones, hacerse pruebas de detección periódicas y limitar el número de parejas sexuales.

¿Qué son y cómo se transmiten?

- Son infecciones que se contagian de una persona a otra durante las relaciones sexuales (vaginales, orales o anales).

- También se pueden transmitir por contacto con fluidos corporales infectados o mediante compartir agujas.

Si tiene síntomas, estos pueden incluir:

- Secreción inusual del pene o la vagina
- Llagas o verrugas en el área genital
- Micción frecuente o dolorosa
- Picazón y enrojecimiento en el área genital
- Ampollas o llagas en o alrededor de la boca
- Olor vaginal anormal
- Picazón, dolor o sangrado anal
- Dolor abdominal
- Fiebre

Prevención

Uso de condón:

Utilizar condones de látex de manera consistente y correcta durante cada acto sexual es la forma más efectiva de reducir el riesgo.

Pruebas de detección:

Realizarse exámenes periódicos para detectar ITS es crucial, especialmente si se tienen múltiples parejas sexuales, ya que muchas ITS no presentan síntomas.

Comunicación con la pareja:

Hablar con las parejas sobre su salud sexual y la realización de pruebas puede ayudar a tomar decisiones informadas.

Monogamia:

Tener relaciones sexuales solo con una pareja sexual que también tiene solo una pareja con la que tiene relaciones sexuales.

¿Cómo se diagnostican las infecciones de transmisión sexual?

Si es sexualmente activo, hable con su profesional de la salud sobre su riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y si necesita hacerse la prueba. Esto es especialmente importante, ya que muchas ITS no suelen causar síntomas.

Algunas ITS pueden diagnosticarse durante un examen físico o prueba de ITS. Algunas pruebas incluyen examen microscópico de una llaga o líquido extraído de la vagina, el pene o el ano. Los análisis de sangre pueden diagnosticar otros tipos de ITS.

¿Cuáles son los tratamientos para las infecciones de transmisión sexual?

Los antibióticos pueden tratar las ITS causadas por bacterias o parásitos. No existe cura para las ITS causadas por un virus, pero a menudo los medicamentos

antivirales pueden ayudar con los síntomas y reducir su riesgo de propagar la infección.

Es importante obtener tratamiento si tiene una ITS. Algunos tipos de ITS pueden causar problemas de salud serios si no se tratan. Hable con su profesional de la salud sobre por cuánto tiempo debe abstenerse de tener sexo una vez inicie el tratamiento, para evitar transmitir la infección a su pareja y que usted se recontagie.

- **METODOLOGIA:**

Se realizó una charla educativa mediante: capacitación al inicio, y un espacio de socialización al final, además se realizaron tomas de muestra rápida de VIH bajo normas de bioseguridad estricta y previo diligenciamiento de consentimiento informados, durante el desarrollo de la charla se implementó metodología dinámica y participativa. Para esto, se hizo uso de rotafolio alusivo al tema, entrega de preservativos.

- **FUENTES DE INFORMACIÓN:**

Ministerio de salud y protección social
https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)OPS/OMS
Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

- **INSTRUMENTOS TÉCNICOS UTILIZADOS**

stand: mesa, silla, mantel, bombas, preservativos, lancetas, pruebas rápidas para VIH y Sífilis, algodón, alcohol, consentimiento informado, guardián, guantes de latex.
Registro Fotografías.
Actas (concertación, actividad, reunión, certificación)
Registros de asistencia
Celular, huellero, transporte

EVALUACIÓN DEL PROYECTO

Este proyecto se considera satisfactorio dado que se logró el desarrollo de las intervenciones planeadas hasta la fecha establecida, cumpliendo lo propuesto para lo comunidad objeto.

OBJETIVO DE LA SISTEMATIZACIÓN

Identificación de dificultades: No se presentaron dificultades que impidieran el desarrollo de los encuentros.

Logros: Desarrollar los encuentros en la fechas y horarios estipulados, asimismo que las actividades hayan generado empatía, aceptación en los participantes.

RECOMENDACIONES

Desde la promoción y prevención se hace necesario seguir desarrollando proyectos que oriente y sensibilicen a la población en general sobre el cuidado de su salud física y mental, especialmente los adolescentes, quienes experimentan cambios y exploraciones sin tener información acertada acerca de los derechos sexuales y reproductivos, previniendo así infecciones de transmisión sexual incluido VIH/SIDA, embarazos no deseados y abortos inseguros.

Generar espacios de masificación de información y sensibilización en la comunidad en cada Plan De Intervenciones Colectivas frente a la prevención de VIH/SIDA, con el fin de que la comunidad pueda beneficiarse y acudir a actividades programadas por el Municipio. Y se pueden desarrollar este tipo de encuentros generado empatía, aceptación en los participantes.

CONCLUSION

La aplicación del presente proyecto es importante, se considera positivo y satisfactorio puesto que se propiciaron espacios de promoción y prevención, fomentando sensibilización individual y grupal, favoreciendo el fortalecimiento en los adolescentes en cuanto al acceso a conocimientos sobre la promoción de derechos sexuales y reproductivos, prevención de embarazo en adolescentes, promoción de métodos de control de fecundidad. Además, se logró el desarrollo de las intervenciones planeadas, cumpliendo lo propuesto para lo comunidad objeto. Todos los asistentes participaron de forma espontánea, haciendo saber que el tema es de suma importancia tanto para adultos como para jóvenes, puesto que inician vida sexual desinformados y en ocasiones sin responsabilidad.

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS	ACTA DE CONCERTACIÓN	pic
	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. S S-005-2025	

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 18 del mes 09. del año 2025 se reunieron Ana Martinez Suarez representante de la ESE CAMU LOS CÒRDOBA Enfermera y Ludis Guzman Martinez representante de Comunidad Rural de la zona rural del municipio de Puerto Escondido:con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N°005 celebrado entre la ESE CAMU LOS CÒRDOBAS y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Eje / dimensión	Fecha propuesta	Necesidad de apoyo logístico	Necesidad de talento humano	Observaciones
jornada tamizaje para ITS (VIH y Sifilis)	Atencion Primaria Salud	12 a 4 pm horas	Prueba VIH Guantes lancetas algodon Guardian con sustancias Alcohol	Medico Enfermera	ninguna.

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

Nombre:	Ludis Guzman M.	Nombre:	Ana Martinez Suarez
Cedula de ciudadanía:	50957207	Cedula de ciudadanía:	1064.983589.
Entidad:	Comunidad	Entidad:	ESE Camu los Cordobas
Numero de contacto	3226177768.	Numero de contacto	3176768800
Firma:	Ludis Guzman M.	Firma:	

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud · Gobernación de Córdoba	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: calle larga	Hora de Inicio: 03:00 pm
Fecha 19-09-2017	Hora de Finalización: 05:00 pm

Objetivo(s) de la Reunión

Desarrollar jornada de tamizaje para prueba rapida VIH. Sifilis y HB dirigido a la comunidad y empresa del microterritorio rural

Desarrollo de la Reunión

- Saludo y Presentacion Equipo de campo en la fecha establecida
- Explicacion de objetivo del encuentro.
- Inicio de Tamizaje de pruebas rapidas Segun firma de Consentimiento informados.
- Toma de evidencias fotograficas, registros de planillas y Certificacion
- Agradecimientos y despedida

Conclusiones

jornada de tamizaje de impacto positivo, satisfactoria y favorable para la sensibilizacion de toma de decision de prevencion VIH y Sifilis

Recomendaciones

Generar espacios efectivos en cada PIC sobre esta Tematica en el municipio

Responsables de la Actividad

Ana Martinez Suarez

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo Ludys Guzman M., identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 50957207, en Representación del Comunidad, certifico que la ESE CAMU LOS CÒRDOBAS realizó Jornada tamizaje para ITS, en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Puerto Escondido a los 19 días del mes de Septiembre de 2025

FIRMA: Ludys Guzman Martinez

CEDULA DE CIUDADANÍA: 50957207

CELULAR:

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS — Dr. Comprometidos con la Salud

. . .RMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025

pic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atención Primaria Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Tamizaje VIH - Sifilis

DIA:	19	MES:	09	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Calle larga	ZONA:	rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Yenys Vargas N.	CC	1068660457	3042025368	38	F	M	-	-	-	-	-	-	-	✓	X	-	-	-	X	-	-	X		
2	yesid jose nuñez	CC	15076779	3146391188	45	M	H	-	-	-	-	-	-	-	✓	X	-	-	-	X	-	-	X		
3	Shirley contreras	CC	50986921	3200400036	42	F	M	-	-	-	-	-	-	-	✓	X	-	-	-	X	-	-	X		
4	natalia negrete	CC	1006011458	3148736796	18	F	M	-	-	-	-	-	-	-	✓	X	-	-		X	-	-	X		
5	Sinen antonio Negrete	CC	2820189	3107489662	59	M	H	-	-	-	-	-	-	-	✓	X	-	-	-	X	-	-	X		
6	Libia ortiz	CC	26152425	3170554211	62	F	M	-	-	-	-	-	-	-	✓	X	-	-	-	X	-	-	X		
7	Regla ortiz	CC	2615366	3017764104	58	F	M	-	-	-	-	-	-		✓	X	-	-	-	X	-	-	X		
8	nalpa correa	CC	49790887	3136268533	45	F	M	-	-	-	-	-	-	-	✓	X	-	-	-	X	-	-	X		
9	deraida correa	CC	1003242088	3212334513	30	F	M	-	-	-	-	-	-	-	✓	X	-	-	-	X	-	-	X		
10	dalgaril contreras	CC	78015589	3115494475	74	F	M	-		-	-	-	-	-	✓	X	-	-	-	X	-	-	X		

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS	FORMATO DE ASISTENCIA	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud — Gobernación de Córdoba
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025	

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

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS — Se Preocupa por la Salud

RMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025

pic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atención Primaria Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Tamizaje VIH - Sífilis

DIA:	19	MES:	09	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Callelarga	ZONA:	RURAL

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Carolina Jimenez T	CC	1029720250	3117364554	20	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X			X		Carolina Jimenez
2	rosmary torre	CC	50955317	—	56	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X			X		Rosmary Torres
3	ena correa acosta	CC	50956517	—	54	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X			X		Ena correa
4	negis fontecilla	CC	26153468	3218145445	73	F	M	—	—	—	—	—	—		X	X	—	—	—	X			X		negis Fontecilla
5	eleda hernandez	CC	26152246	3154145760	73	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X			X		Eleda H M
6	Idesa oviedo	CC	1664317311	3135142616	27	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X			X		Idesa O.M.
7	eva ortiz	CC	1028016369	3137384437	24	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X			X		Eva ortiz
8	luis daniel montalbo	CC	1064316716	3175769129	24	M	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X			X		luis Montalbo
9	tarcila florez	CC	50955704	3177616613	62	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X			X		Tarcila florez
10	osmari petro	CC	50978885	3205316451	48	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X			X		Osmari P

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS "Por Ti Primero con la Salud"	FORMATO DE ASISTENCIA CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

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

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	1068660457
NOMBRES	Lenys Vargas	APELLIDOS	
EDAD	38	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Lenys Vargas
FIRMA	
FECHA	19-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	19/sep/2025

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	1507679
NOMBRES	Yesid Jose	APELLIDOS	nuñez
EDAD	45	SEXO	M.

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Yesid Jose nuñez
FIRMA	Yesid Jose nuñez
FECHA	19-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez.
FIRMA	Dania Ortega A.
FECHA	19/sep/2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	50986921
NOMBRES	Shirley contreras	APELLIDOS	contreras
EDAD	42	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

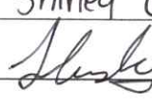
Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

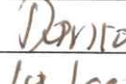
Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Shirley contrera
FIRMA	
FECHA	19-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	
FECHA	19/sep/2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	1006010458
NOMBRES	natalia	APELLIDOS	negrete
EDAD	18	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	natalia negrete
FIRMA	NATALIA
FECHA	19-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	19/sep/2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	2820189
NOMBRES	Sinen antonia	APELLIDOS	negrete
EDAD	59	SEXO	M

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	sinen antonio negrete
FIRMA	Sinen
FECHA	19-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	19-sep/2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	26152425
NOMBRES	Libia ortiz	APELLIDOS	ortiz
EDAD	58	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Libia ortiz
FIRMA	Libia ortiz
FECHA	19-sep/2025.

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez.
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	19-09/2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	2615360
NOMBRES	Ligia Ortiz	APELLIDOS	Ortiz
EDAD	58	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Ligia Ortiz
FIRMA	
FECHA	19-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	19-sep/2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	49790887
NOMBRES	nalfi	APELLIDOS	correa
EDAD	43	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	nalfi correa
FIRMA	NALFY correa
FECHA	19-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	19-sep 2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	49790887
NOMBRES	denilda	APELLIDOS	correa
EDAD	30	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	denilda correa
FIRMA	Denilda correa
FECHA	19-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	19-sep/2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

TIPO DE ID	cc	NÚMERO ID	78015589
NOMBRES	abigail	APELLIDOS	contreras
EDAD	74	SEXO	f

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	abigail contreras
FIRMA	
FECHA	19-09-2015

NOMBRE DEL MÈDICO	Dayra Ortega Hernandez.
FIRMA	Dayra Ortega H.
FECHA	19-sep/2015

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH – SIFILIS

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

NOMBRE DEL BACTERIOLOGO	
FIRMA	
FECHA	

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO.

Manifiesto libremente que, aunque se me han explicado las complicaciones o consecuencias de la **NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**, he decido no realizar el procedimiento arriba descrito y exonero a la ESE CAMU LOS CORDOBAS de cualquier responsabilidad por mi estado de salud de complicaciones derivadas de esta decisión.

NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
FECHA	

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH

TIPO DE ID	C-C	NÚMERO ID	1029720250
NOMBRES	Carolina	APELLIDOS	Jimenez
EDAD	20 A	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Carolina Jimenez
FIRMA	Carolina Jimenez
FECHA	19-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H
FECHA	19 (Sep) 2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH

TIPO DE ID	C.C	NÚMERO ID	50 955 317
NOMBRES	Rosmary	APELLIDOS	Torres
EDAD	56	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Rosmary Torres
FIRMA	Rosmary Torres
FECHA	19-09-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	19/Sep/2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH

TIPO DE ID	C.C	NÚMERO ID	50 956517
NOMBRES	Ena María	APELLIDOS	Correa Acosta
EDAD	54 A	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Ena María Correa
FIRMA	Ena Correa
FECHA	19/09/2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H.
FECHA	19/ Sep / 2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH

TIPO DE ID	C. C	NÚMERO ID	26153468
NOMBRES	Nellys	APELLIDOS	Tordecilla
EDAD	73 A	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Nellys Tordecilla
FIRMA	Nelly Tordecilla
FECHA	19/ Sep/ 2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H
FECHA	19/ Sep /2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH

TIPO DE ID	C.C	NÚMERO ID	26.152.246
NOMBRES	Elida	APELLIDOS	Hernandez
EDAD	73A	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Elida Hernandez
FIRMA	ElidaHm
FECHA	19/09/2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	DOrtega
FECHA	19/09/2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH

TIPO DE ID	C.C	NÚMERO ID	1064317311
NOMBRES	Julisa	APELLIDOS	Oviedo
EDAD	27	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Julisa Oviedo
FIRMA	Julisa O. M.
FECHA	19/ Sep/ 2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega
FECHA	19/ Sep/ 2025

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH

TIPO DE ID	C.C	NÚMERO ID	1028016369
NOMBRES	Eva	APELLIDOS	Ortiz
EDAD	24	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Eva Ortiz
FIRMA	Eva Ortiz
FECHA	19/09/2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H
FECHA	19/ Sep/ 2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH

TIPO DE ID	C.C	NÚMERO ID	1064316716
NOMBRES	Luis Daniel	APELLIDOS	Montalvo
EDAD	24	SEXO	M

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Luis Daniel Montalvo
FIRMA	Luis Montalvo
FECHA	19- SEP- 2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega
FECHA	19/ SEP /2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH

TIPO DE ID	CC	NÚMERO ID	50957 04
NOMBRES	Torcila	APELLIDOS	Flores
EDAD	62 A	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	Torcila Flores
FIRMA	Torcila Flores
FECHA	19 - SEP - 2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H
FECHA	19/ Sep /2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIH

TIPO DE ID	C-C	NÚMERO ID	50986885
NOMBRES	OSmeri	APELLIDOS	Petro
EDAD	48 A	SEXO	F

El VIH es el virus que causa el SIDA. Está comprobado que las únicas vías de contagio del virus son sexual, sanguínea (transfusiones o exposición a sangre de un paciente infectado), embarazo y lactancia. El examen detecta si está Usted infectado o no por el virus. Si es positivo, indica que la persona porta el virus del SIDA y que puede infectar a otra. Esto es lo que conocemos como portador o seropositivo. Un examen positivo no indica que la persona tenga SIDA, pues sólo hablamos de SIDA ante síntomas de enfermedad, como son la aparición de algunas infecciones o tumores. Lo habitual es que si el examen es negativo, no hay infección. Sin embargo, si la infección es reciente, el examen puede ser negativo. Para mayor seguridad, personas expuestas al riesgo deben repetirse el examen pasados 3 meses.

Riesgos molestias y efectos adversos previsibles

Discreto dolor al momento de la punción, hematoma, sangrado escaso

¿Quién va a saber el resultado? Sólo usted y el equipo de salud que lo atiende en forma directa. Si fuera necesario que alguien más conozca los resultados, sólo se dará a conocer si usted autoriza. El médico sólo revelaría el resultado sin su permiso si un juez lo exige. Se sugiere, sin embargo, que usted comunique el resultado a las personas con las que tuvo relaciones sexuales sin protección o con quien compartió jeringas. Para mantener el anonimato de su examen, este será identificado con sus iniciales y fecha de nacimiento.

Otras informaciones: es importante que usted se responsabilice de conocer el resultado. Para ello debe comprometerse a un control cuando se le indique. Si necesita más información, puede preguntar lo que desee, y contestaremos con el mayor gusto.

Manifiesto libremente que he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me realice la extracción de una muestra de sangre para análisis en el laboratorio.

NOMBRE DEL PACIENTE	OSmeri Petro
FIRMA	OSmeri P
FECHA	19-SEP-2025

NOMBRE DEL MÈDICO	Dania Ortega Hernandez
FIRMA	Dania Ortega H
FECHA	19/sep/2025

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Asesor de Calidad	Coordinador de Laboratorio	Gerente

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

JORNADA RURAL N#1

Lugar:	Calle Larga
Fecha:	19 septiembre 2025 hora: 03:00pm
Personas Intervenidas:	población general
EJE ESTRATEGICO	ATENCIÒN PRIMARIA EN SALUD





21 personas

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS







GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU
LOS CÓRDOBAS



GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

MICROTERRITORIO URBANO

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

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

OBJETIVO GENERAL:

Desarrollar talleres de salud en el entorno comunitario dirigido a población en el microterritorio urbano con el fin de fortalecer conocimientos sobre identificación de hábitos saludables y los impactos de las condiciones no transmisible en la calidad de la vida como detección temprana de los signos y síntomas asociados con las enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión arterial.

OBJETIVO ESPECIFICOS:

- ✓ Adoptar hábitos saludables que puede generar beneficios significativos a corto y largo plazo en la vida de las personas.
- ✓ Estimular y apoyar la adopción de medidas efectivas para la vigilancia de signos y síntomas de estas enfermedades crónicas
- ✓ Promocionar la reducción del consumo de azúcar, grasas saturadas y alcohol
- ✓ Fomentar hábitos de vida saludable
- ✓ Promocionar la Ruta de Atención en Salud de adultez y vejez

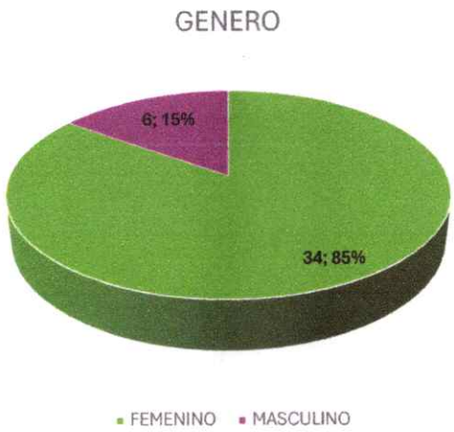
CONSOLIDACIÓN DE INFORMACIÓN DE TALLER HABITOS DE VIDA SALUDABLE.

ITEM	FECHA	LUGAR (BARRIO, VEREDA O SITIO)	NUMERO DE PERSONAS	GENERO		RANGO DE EDAD					
				F	M	0-5	6-11	12-17	18-28	29-59	<60
4	29/08/2025	Las Marías	20	18	2	0	0	0	2	15	3
5	30/08/2025	Las Marías	20	16	4	0	0	0	2	14	4
	TOTAL		40	34	6	0	0	0	4	29	7

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

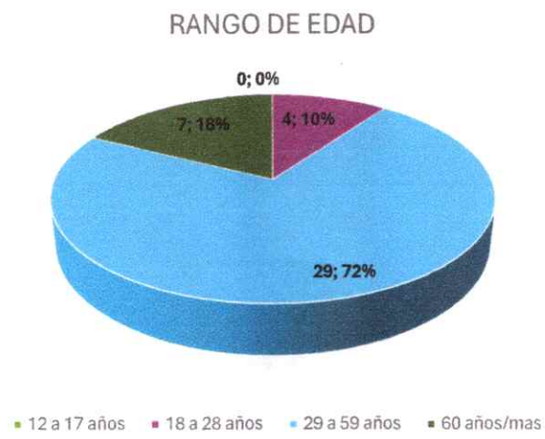
GRAFICAS: TALLER DE SALUD HABITOS SALUDABLE

GRAFICA 1. GENERO



ANALISIS: en la anterior tabulación y grafica de los datos sobre las personas intervenidas en tamizaje toma de presión arterial, toma de glucometría, peso en el microterritorio urbano, se puede evidenciar que 85% son mujeres con 34 en total, en cuanto al 15% corresponde al género masculino con 6 participantes en los tamizajes.

GRAFICA 2: RANGO DE EDAD



ANALISIS: De la anterior tabulación y gráfica de rango de edades de las personas que asistieron a los talleres de salud podemos analizar que el 72% pertenecen al rango de edad entre 29 a 59 años con 29 adultas en total, seguido con el 18%

mayores de 60 años con 7 en total y por último, el 10% pertenece al rango de 18 a 28 años con 4 participantes.

- **DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:**

Una vez concertada la actividad con líder de la comunidad el equipo de campo, se desplazaron en la fecha y lugar determinado, seguidamente, Saludo y presentación por parte del profesional responsable de la actividad; sobre hábitos saludables, toma de presión arterial, toma de glucometría, agudeza visual, toma de peso. la modalidad de la actividad es tipo participativa, mediante acciones y se desarrollaron las distintas sesiones sobre la sensibilización y educación sobre los signos y síntomas de identificación temprana de asociados con las enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión arterial, se socializaron las distintas temáticas involucradas, así como también se hicieron actividades didácticas, se enseñaron técnicas y ejercicios adecuadas para los procesos enseñados. Se evaluaban las temáticas y se realizaba retroalimentación para que quedara más clara la información.

- **TEMATICA:**

Los hábitos saludables son un conjunto de comportamientos diarios que benefician la salud física, mental y social, e incluyen una dieta equilibrada, ejercicio regular, sueño adecuado, buena higiene, manejo del estrés, evitar el alcohol y el tabaco, y mantener relaciones sociales saludables. Incorporar estos hábitos en la rutina diaria ayuda a prevenir enfermedades, mejorar el bienestar general y disfrutar de una vida más plena y enérgica.

Alimentación y Bebida

- **Dieta equilibrada**: Consumir una variedad de alimentos que incluyan todos los macronutrientes necesarios.
- **Hidratación**: Beber suficiente agua a lo largo del día.
- **Moderar el consumo de sodio**: No exceder los 5 gramos diarios de sodio (menos de una cucharadita).
- **Limitar azúcares y cafeína**: Evitar el exceso de bebidas azucaradas y limitar la cafeína.

Ejercicio Físico

- **Actividad regular**: Hacer ejercicio de forma constante y controlar el peso.
- **Variedad de actividades**: Incluir diferentes tipos de movimiento y juego para mantener la motivación.

Descanso y Sueño

- **Horario constante**: Mantener un horario regular para acostarse y levantarse.

- **Rutinas antes de dormir**: Establecer rituales calmados antes de ir a la cama para facilitar el descanso.
- **Limitar siestas diurnas**: Evitar las siestas largas que puedan interferir con el sueño nocturno.

Salud Mental y Emocional

- **Autoestima y aceptación**: Fomentar la confianza en uno mismo y aceptarse.
- **Manejo del estrés**: Desarrollar estrategias efectivas para afrontar el estrés diario.
- **Uso responsable de tecnología**: Evitar el uso excesivo de pantallas como el teléfono y la televisión.

Prevención y Cuidado General

- **Evitar sustancias nocivas**: No fumar y limitar o evitar el consumo de alcohol y otras drogas.
- **Higiene adecuada**: Mantener una buena higiene personal.
- **Controles médicos**: Realizar chequeos médicos periódicos para detectar enfermedades a tiempo.
- **Relaciones sociales**: Cultivar y mantener relaciones cercanas con amigos y familiares para sentirse apoyado.

Diariamente debemos tener restricciones en el consumo de sustancias que son perjudiciales para nuestra salud y bienestar integral, como es el de disminuir el consumo de sal porque puede tener consecuencias negativas para tu salud, como:

- **Retención de líquidos**

El exceso de sal puede provocar que el cuerpo retenga líquidos, lo que puede aumentar de peso.

- **Aumento de la presión arterial**

El consumo excesivo de sal puede aumentar la presión arterial a cualquier edad.

- **Problemas cardiovasculares**

El consumo excesivo de sal puede aumentar el riesgo de desarrollar enfermedades del corazón, como insuficiencia cardíaca e infartos.

- **Daño renal**

El consumo excesivo de sal puede dañar los riñones, lo que puede llevar a insuficiencia renal.

- **Accidentes cerebrovasculares**

El consumo excesivo de sal puede aumentar el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda consumir menos de 5 gramos de sal al día, lo que equivale a una cucharadita. La mayor parte de la sal que consumimos proviene de los alimentos procesados, por lo que, para reducirla,

es importante que quienes producen o procesan alimentos y los restaurantes también se involucren.

También cabe resaltas que el consumo de algunas substancias, algunas de ellas de adquisición legal en casi todos los países, tiene demostrado un efecto especialmente nocivo para la salud.

Dentro de las más usadas desembocan en hábitos sociales que pueden llevar a dependencias físicas y/o psicológicas; así, el tabaquismo o el alcoholismo son las que afectan a un mayor número de personas. Otros hábitos son el consumo de otras moléculas, muchas de ellas consideradas drogas ilícitas y cuyas consecuencias pueden ser muy importantes para la salud.

El consumo de tabaco

Las consecuencias nocivas sobre el organismo, producidas por el consumo de productos derivados del tabaco son importantes sobre muchos tejidos, órganos y sistemas, produciendo importantes patologías, enfermedades bucodentales como las aftas y pérdidas se salud. Así, se calcula que los productos del tabaco son los principales responsables cada año de centenares de miles de muertes y de enfermedad crónica en millones de personas. Los muertos por culpa del hábito tabáquico son muy superiores a las muertes sucedidas por enfermedades como el SIDA o la Tuberculosis, por el consumo de cualquier otra droga, por accidentes de circulación, suicidios y asesinatos.

Así, las consecuencias principales del tabaquismo son el desarrollo de:

- **Enfermedades cardiovasculares**: la arteriosclerosis es más intensa en pacientes fumadores, así como la hipertensión y sus manifestaciones como infarto de miocardio, enfermedad arterial periférica o accidentes vásculo-cerebrales son mucho más frecuentes en pacientes fumadores.
- Cáncer pulmonar y otros cánceres producidos o influidos por el hábito de fumar, como: cáncer de labio, cavidad oral, faringe, laringe, esófago, páncreas, cuello uterino, riñón y vejiga.
- En mujeres que fuman durante el embarazo, sus hijos presentarán con mayor incidencia prematuridad, un bajo peso al nacer, muerte al nacer, muerte súbita del lactante e incluso infertilidad en la edad adulta.
- En mujeres postmenopáusicas, la osteoporosis tiende a ser más importante entre aquellas que fuman, manifestándose como un aumento del riesgo de fractura de fémur.

- **METODOLOGIA:**

Para el desarrollo del orden día; se saluda a los asistentes, se hace presentación del profesional del equipo PIC Departamental 2025 y del programa a ejecutar, se inicia con la socialización de la temática a desarrollar en cada taller sobre hábitos

saludable. se van haciendo preguntas para conocer si los participantes están comprendiendo la información, luego se realiza una actividad practica para toma de presión arterial, toma de peso, toma de glucometría, por último, se abre un espacio en donde ellos exponen las dudas, preguntas o aportes que quieren realizar.

- **FUENTES DE INFORMACIÓN:**

https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/paginas/diabetes.aspx
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/27Atencion%20de%20la%20hipertension%20arterial.PDF

- **INSTRUMENTOS TÉCNICOS UTILIZADOS**

✓ Rotafolio
✓ Glucómetro, tensiómetro y fonendoscopio, peso, tabla de snell, lanceta, tirillas, algodón, guardián.
✓ Registro Fotografías
✓ Actas (concertación, actividad, reunión, certificación)
✓ Registros de asistencia
✓ Celular, huellero, transporte

EVALUACIÓN DEL PROYECTO

Este proyecto se considera satisfactorio, cumpliendo lo propuesto para la comunidad objeto. En cuanto a lo pertinente, eficaz y de un impacto positivo a través de participación del equipo, y sensibilizar a la población adulta y vejez a fortalecer y potencializar conocimiento de identificación temprana de signos y síntomas de identificación temprana de asociados con las enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión arterial.

OBJETIVO DE LA SISTEMATIZACIÓN

Identificación de dificultades: No se presentaron dificultades que impidieran el desarrollo de los encuentros.

Logros: Desarrollar los encuentros en la fechas y horarios estipulados, asimismo que las actividades hayan generado empatía, aceptación en los participantes.

RECOMENDACIONES

Generar espacios educativos en la comunidad en cada Plan De Intervenciones Colectivas ya que se logra educar a la población objeto sobre la temática trabajada, brindando herramientas que permitieran cambiar los malos hábitos, factores de riesgo por unos saludables que construyan acciones, ambientes y entornos seguros para cada integrante frente a la prevención de enfermedades crónicos de la comunidad en el municipio.

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

CONCLUSIÓN

Se concluye que fue satisfactorio el proceso de ejecución de las actividades establecidas, se logró el objetivo de promocionar y sensibilizar a la comunidad sobre estos temas de vital importancia en el curso de vida adultez y vejez. Este tipo de intervenciones son determinantes para promover en la población la construcción de conocimientos que permitan fortalecer hábitos y factores protectores de autocuidado en la importancia de minimizar factores de riesgo que desencadenan enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión arterial.

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS	ACTA DE CONCERTACIÓN	pic · Gobernación de Córdoba
	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. S S-005-2025	

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 28 del mes agosto. del año 2025 se reunieron Andrea Camargo Navarro representante de la ESE CAMU LOS CÒRDOBA Enfermera y Magali Acosta Cores representante de Comunidad Urbano de la zona Urbano del municipio de Puerto Escondido :con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N°005 celebrado entre la ESE CAMU LOS CÒRDOBAS y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Eje / dimensión	Fecha propuesta	Necesidad de apoyo logístico	Necesidad de talento humano	Observaciones
Evento Salud Mental toma de presion atencion peso, talle, glucometria	Atencion Primaria Salud.	29/08/2025	Glucometro tensiometro Bnedicto tirillas.	Enfermera Aux Enfermeria	Ninguna
			Algodon/ Alcohol/ tabla Shell cuadernillo cuestionario.		

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

Nombre:	Magali Acosta Cores.	Nombre:	Andrea Camargo Navarro
Cedula de ciudadanía:	1615 3042	Cedula de ciudadanía:	1007 363737
Entidad:	Comunidad Urbano	Entidad:	ESE Camu los Cordobas
Numero de contacto	3107847328.	Numero de contacto	3153612210.
Firma:	MAB.	Firma:	Andrea Camargo Navarro

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud · Gobernación de Córdoba	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN

Lugar:	Las Marías	Hora de Inicio:	3:00pm
Fecha	29/08/2025	Hora de Finalización:	07:00pm

Objetivo(s) de la Reunión

Desarrollar Evento mensual toma de presion arterial, peso, IMC, Glucometria dirigido en población general del microterritorio urbano.

Desarrollo de la Reunión

1. Saludo inicial y Presentacion del equipo PIC 2025
2. Socializacion participante de finalidad y objetivo del encuentro
3. Sondeo previo de preguntas iniciales al tema sobre habitos Saludables. y desarrollo del tema
4. Toma de tamizaje de Presion Arterial-IMC, etc.
5. Toma de evidencias fotograficas, diligenciamiento de asistencia.
6. Cierre, agradecimiento y despedida.

Conclusiones

Este proyecto se considera importante, impacto positivo ya que la población se sintio satisfecha.

Recomendaciones

Generar mas espacios de informacion en salud en cada PIC con el fin de que la comunidad pueda beneficiarse y fortalecer habitos Saludables

Responsables de la Actividad

Andrea Camargo Navarro

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Magali Acosta Cora, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 26153042, en Representación del Comunidad., certifico que la ESE CAMU LOS CÒRDOBAS realizó Evento Sobre Peso, Prevención Afectivo, en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Puerto Escondido a los 29 días del mes de Agosto de 2025

FIRMA: Magali Acosta Cora

CEDULA DE CIUDADANÍA: 26153042

CELULAR: 3102843358.

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS — Un Compromiso con la Salud

ORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025

pic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atención Primaria Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Evento Salud Mensual toma T/A, Glucometría, Peso

DIA:	29	MES:	08	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	las Marias	ZONA:	Urbano

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Maria Delgado	CC	26157569	3126251883	64	F	M	—	—	—	—	—		—	X	✓	—	—	—	X			✓		Maria Delgado
2	Edila barrera	CC	19643190	—	63	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X			✓		Edila B. R
3	Admira Torres	CC	1064309002	3021046609	38	F	M		—	—	—	—	—		X	X	—	—	—	X			✓		Admira Torres
4	Jigia Ortiz lopez	CC	26153660	3017767484	59	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	✓			X		X Jigia O
5	DULCE espitia	CC	1084315619	3003392611	18	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	✓	—	—	—	X			✓		X DULCE espitia
6	Doris jaraal	CC	34987746	3504200050	64	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	✓	—	—	—	X			✓		Doris
7	Doris tatiana n.	CC	26139603	—	42	F	M	—	—	—	—	—	—	—	✓	X	—	—	—	—			✓		Doris Tatiana
8	Norleydys Paola	CC	1003404165	3172223147	31	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	✓	—	—	—	✓			✓		X Norleydys P.
9	Yeris Pollo.	CC	50957051	3170984600	52	F	M		—	—	—	—	—	—	✓	✓	—	—	—	✓			✓		Yeris Pollo.
10	Emilse Bermudez Vargas	CC	26538000	3116922662	53	F	M		—		—	—	—	—	X	✓	—	—		✓			2		Emilse Bermudez

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS	.-ORMATO DE ASISTENCIA CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025	Ypic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

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

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS — "Tu Compañía con la Salud"

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025

PIC — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atención Primaria Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Eventos salud mensual toma T/A, Glucometria, Peso

DIA:	29	MES:	08	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Las Marias	ZONA:	Urbana

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Yadis Cervante M	Cc	1133824175	3105469078	37 F	f M	M	—	—	—	—	—		—	X	X	—			X			X		Yadis Cervantes
2	Maria Isabel Gonzalez	CC	50957809	—	49	f	M		—	—		—		—	X	X	—	—	—	X			X		María I. Gonzales
3	Betsy Liliana Martinez	Cc	1064308206	3103225084	22	f	m	—		—	—	—	—	—	X	X	—	—	—	X			X		Betsy Martinez
4	Ana Dilia Mendez	Cc	32345694 2	—	29	F	M	—		—	—			—	X	X	—			X			X		Ana Dilia Mendez
5	Yeris Carvajal Ruiz	Cc	1193055076	—	26	f	M.	—	—		—	—	—	—	X	X	—			X			X		Yeris Carvajal Ruiz
6	Doris Lucia Ortiz II	Cc	1064308144	3136481436	25	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X				X			X		Doris Lucia Ortiz
7	Anatalhamet Fera	Cc	1068420870	3240365152	24	f	M		—	—	—	—	—	—	X	X				X			X		Anat. F.
8	Deysi Aguilar Cogollo.	Cc	1064308903	3176584837	31	f	M		—	—	—	—	—	—	X	X				X			X		Deysi Aguilar
9	Paula Del Carmen Ricardo	C	1003142072	3177911434	26	f	M		—	—				—	X	X				X			X		Paula C. Ricardo
10	Yolissa Flores	CC	1066732734	—	30	f	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X				X			X		Yolissa F.

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS	ORMATO DE ASISTENCIA	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud — GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025	

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

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS:

TALLER HABITOS SALUDABLE URBANO N#1

Lugar:	Las Marías
Fecha:	29 agosto 2025 hora: 09:00am
Personas Intervenidas:	Población general
EJE ESTRATEGICO	ATENCIÒN PRIMARIA EN SALUD

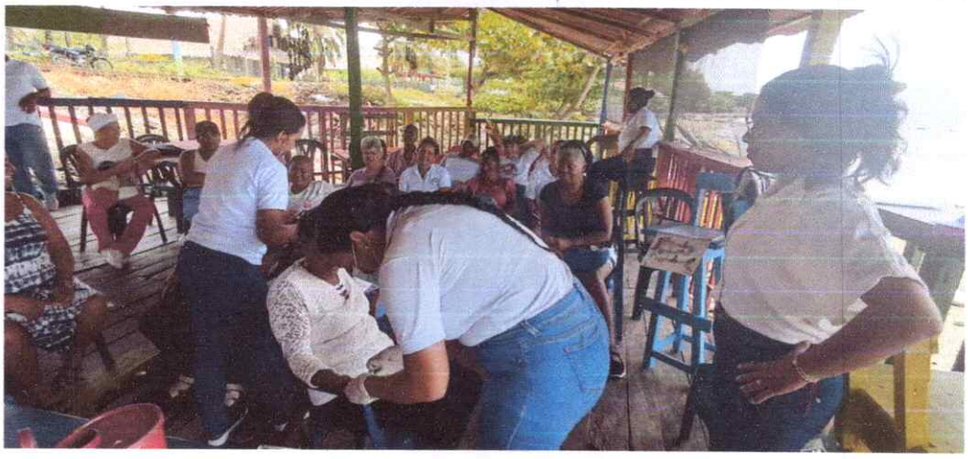


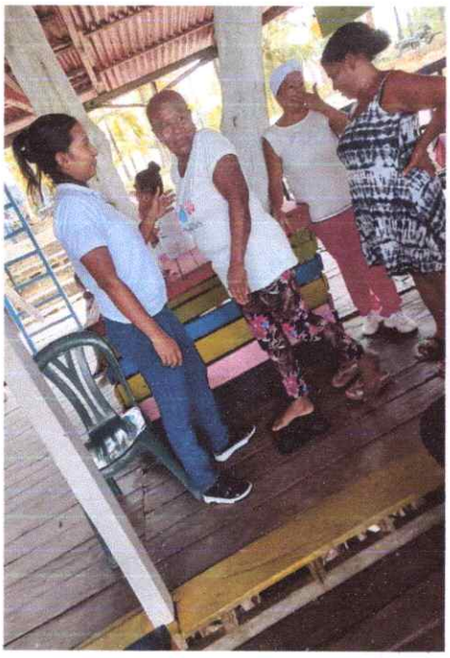


GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU
LOS CÓRDOBAS









E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS	ACTA DE CONCERTACIÓN	pic
	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. S S-005-2025	

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 29 del mes Agosto del año 2025 se reunieron Andrea Camargo Ramos representante de la ESE CAMU LOS CÒRDOBA Enfermera y Magali Acosta representante de la Comunidad cebaru de la zona cebaru del municipio de Puerto Escondido con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N°005 celebrado entre la ESE CAMU LOS CÒRDOBAS y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Eje / dimensión	Fecha propuesta	Necesidad de apoyo logístico	Necesidad de talento humano	Observaciones
Toma mensual toma de presion arterial, peso, IMC	Atencion Primaria Salud	30/08/2025	Glucometro tensiometro fonendo frasco. Alcohol tabla Spell Guardian peso	Enfermera. Aux Enfem	ninguna.

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

Nombre:	Magali Acosta Correa.	Nombre:	Andrea Camargo Ramos
Cedula de ciudadanía:	78153042	Cedula de ciudadanía:	1002343737
Entidad:	Comunidad	Entidad:	ese Camu los Cordobas
Numero de contacto	3102 846 7378.	Numero de contacto	315 361 2210
Firma:	MAB	Firma:	Andrea Camargo Ramos

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Magali Acosta Correa, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 26153042, en Representación del Comunidad las Mamás certifico que la ESE CAMU LOS CÒRDOBAS realizó Evento Salud mensual, en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en puerto escondido a los 30 días del mes de 08. de 2025

FIRMA: Magali Acosta Correa

CEDULA DE CIUDADANIA: 26153042

CELULAR: 302 847 378.

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud · Gobernación de Córdoba	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Las Manas	Hora de Inicio: 3:00pm
Fecha 30/08/2025	Hora de Finalización: 5:00pm

Objetivo(s) de la Reunión

Desarrollo taller mensual salud toma de presión arterial, peso, Glucometria, dirigido a Comunidad general del microterritorio urbano.

Desarrollo de la Reunión

- Saludo y Presentación del equipo de trabajo en el encuentro
- Explicación del motivo del objetivo del encuentro en Salud
- Realización de preguntas iniciales, del tema habitos saludable con ayuda de rotafolio
- Toma de peso, Glucometria, asistentes, Peso.
- Agradecimiento por asistencias, toma de foto, y diligenciamiento de asistencia y certificación.

Conclusiones

Encuentro en salud de impacto positivo en la Comunidad ya que se fortalecen cuidados favorables y toma de tamizajes de P/A, Glucometria.

Recomendaciones

General más espacios que favorezcan los cuidados, y habitos de protección del bienestar integral de la persona y Comunidad en general

Responsables de la Actividad

Andres Campo Ramos

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

ORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atencion primaria Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Evento Salud toma de presion arterial Glucometria Peso

DIA:	30	MES:	08	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	las Maria	ZONA:	Urbana

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Diana Patricia Perez H.	cc	1007851414	—	25	F	M								X	X				X			X		Diana Patricia Perez
2	Demi Urango	cc	1064306171	302675 4706	24	F	M								X	X				X			X		Demi Urango
3	Yamira morelo	cc	50956740	317650 4586	60	F	M								X	X				X			X		X Yamira M.
4	Nelis Morelos	cc	1064309807	3235041888	29	F	M								X	X				X			X		Nelis Morelos
5	Ines Cabeza guzman	cc	26151875	3106366511	63	F	M								X	X				X			X		Ines cabeza g.
6	Enicholda fuentes	cc	50975812	3157300191	50	F	M								X	X				A			X		Enicholda fuentes
7	Daisy Urango.	cc	1064301722.	—	29	F	M								A	X				A			X		Daisy Urango
8	Luz Angela Urango	cc	1006301701	3026310071	26	F	M								X	X				X			X		Luz Angela U.
9	darlys Dion Avila	Cc	1064317716	—	29	F	M								X	X				X			X		darlys Dion
10	Sandra Otya B.	cc	1038323551	—	28	F	M								X	X				X			X		Sandra Ortega

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS	-ORMATO DE ASISTENCIA	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud — GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025	

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

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

ORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atención Primaria Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Visita mensual en Salud toma de Glucometría, peso

DIA:	30	MES:	08	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	las Marías	ZONA:	Urbano

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	delfina durango	CC	26139748	3188653110	46	F	M	—		-	-	-	-	-	X	X				X			X		Delfina Durango
2	Ruben dario Morsigero	CC	1064308866	3128765603	38	M	H	—		-	-	-	-	-	X	X						X	X		Ruben
3	Carmen Calao	CC	50956 850	316352 8322	65	F	M	—		-	-	-	-	.	X	X				X			X		Carmen Calao
4	Elsi Padilla	CC	1124652179	No tiene	31	F	M	—		-	-	-	-	-	X	X				X			X		Elsy Padilla
5	Luisa Berrio Almaza	CC	1064313757	No tiene	26	F	M	—		-	-	-	-	-	X	X				X			X		Luisa B.
6	Rosalia Berrio	CC	44347 31	3218865490	80	M	H	—		-	-	-	.	.	X	X				X			X		RosaliaBerrio
7	Jose Mendes arrieta	CC	78 025975	3148240168	63	M	M	—		-	-	-		—	X	X				X			X		Jose
8	Alicia Peñata Berrio	CC	50957568	No tiene	53	F	H	—		-	-	-	-	-	X	X				X			X		ALCIA
9	Maritza Gonzales	CC	26134813	3216172901	44	F	M	—		-	-	-		-	X	X				X			X		Maritza
10	Daniel Sipriar	CC	150 72158	No tiene	65	M	M		—		—	-	-	-	X	X				X			X		Daniel Sipriar

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS	. ORMATO DE ASISTENCIA	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud — GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025	

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

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

TALLER HABITOS SALUDABLE URBANO N#2

Lugar:	Las Marías
Fecha:	30 agosto 2025 hora: 03:00pm
Personas Intervenidas:	Población general
EJE ESTRATEGICO	ATENCIÒN PRIMARIA EN SALUD





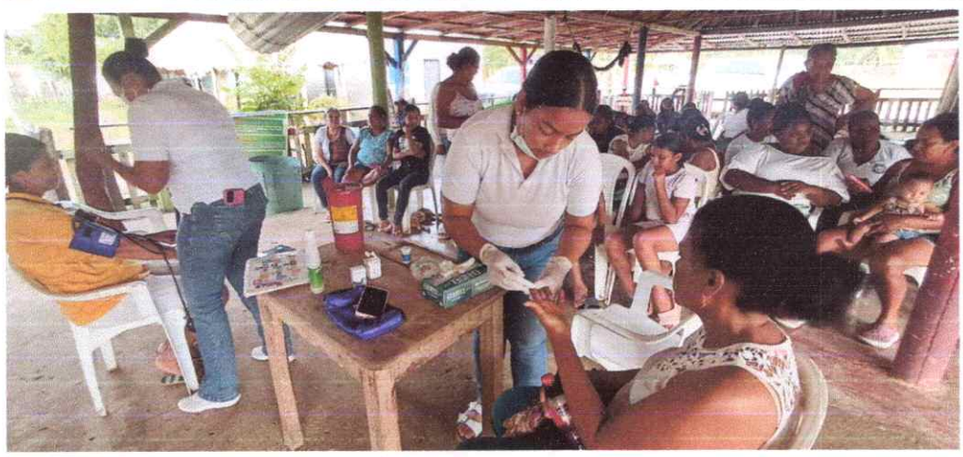
GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU
LOS CÓRDOBAS









GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

MICROTERRITORIO RURAL

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

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

OBJETIVO GENERAL:

Desarrollar talleres de salud en el entorno comunitario dirigido a población en el microterritorio rural con el fin de fortalecer conocimientos sobre identificación de hábitos saludables y los impactos de las condiciones no transmisible en la calidad de la vida como detección temprana de los signos y síntomas asociados con las enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión arterial.

OBJETIVO ESPECIFICOS:

- ✓ Adoptar hábitos saludables que puede generar beneficios significativos a corto y largo plazo en la vida de las personas.
- ✓ Estimular y apoyar la adopción de medidas efectivas para la vigilancia de signos y síntomas de estas enfermedades crónicas
- ✓ Promocionar la reducción del consumo de azúcar, grasas saturadas y alcohol
- ✓ Fomentar hábitos de vida saludable
- ✓ Promocionar la Ruta de Atención en Salud de adultez y vejez

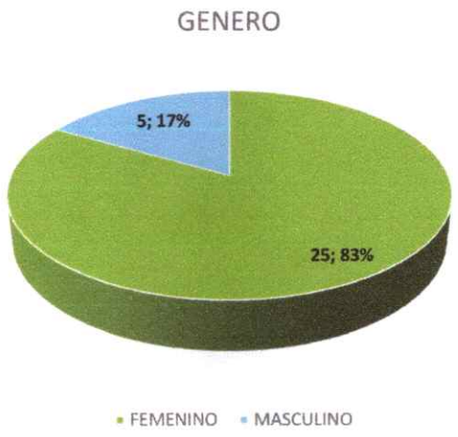
CONSOLIDACIÓN DE INFORMACIÓN DE TALLER HABITOS DE VIDA SALUDABLE.

ITEM	FECHA	LUGAR (BARRIO, VEREDA O SITIO)	NUMERO DE PERSONAS	GENERO		RANGO DE EDAD					
				F	M	0-5	6-11	12-17	18-28	29-59	<60
1	04/09/2025	La Caña	15	12	3	0	0	0	2	10	3
2	05/09/2025	Cristo Rey	15	13	2	0	0	0	3	10	2
	TOTAL		30	25	5	0	0	0	5	20	5

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

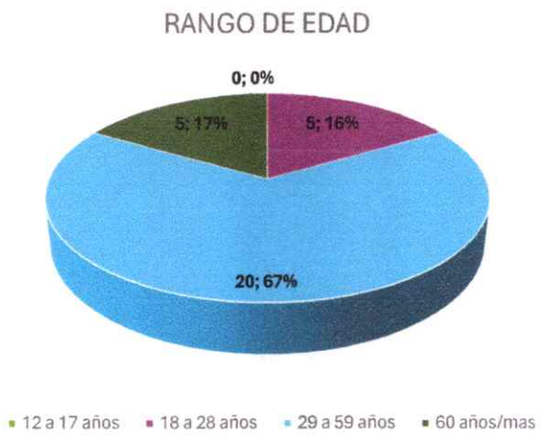
GRAFICAS: TALLER DE SALUD HABITOS SALUDABLE

GRAFICA 1. GENERO



ANALISIS: en la anterior tabulación y grafica de los datos sobre las personas intervenidas en el tamizaje de salud sobre los signos y síntomas de identificación temprana de asociados con las enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión arterial en el microterritorio rural, se puede evidenciar que 83% son mujeres con 25 en total, en cuanto al 17% corresponde al género masculino con 5 participantes en los tamizajes.

GRAFICA 2: RANGO DE EDAD



ANALISIS: De la anterior tabulación y gráfica de rango de edades de las personas que asistieron a los talleres de salud podemos analizar que el 67% pertenecen al rango de edad entre 29 a 59 años con 20 adultas en total, seguido con el 17%

mayores de 60 años con 5 en total y por último, el 16% pertenece al rango de 18 a 28 años con 5 participantes.

- **DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:**

Una vez concertada la actividad con líder de la comunidad el equipo de campo, se desplazaron en la fecha y lugar determinado, seguidamente, Saludo y presentación por parte del profesional responsable de la actividad; sobre hábitos saludables, toma de presión arterial, toma de glucometría, agudeza visual, toma de peso. la modalidad de la actividad es tipo participativa, mediante acciones y se desarrollaron las distintas sesiones sobre la sensibilización y educación sobre los signos y síntomas de identificación temprana de asociados con las enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión arterial, se socializaron las distintas temáticas involucradas, así como también se hicieron actividades didácticas, se enseñaron técnicas y ejercicios adecuadas para los procesos enseñados. Se evaluaban las temáticas y se realizaba retroalimentación para que quedara más clara la información.

- **TEMATICA:**

Los hábitos saludables son un conjunto de comportamientos diarios que benefician la salud física, mental y social, e incluyen una dieta equilibrada, ejercicio regular, sueño adecuado, buena higiene, manejo del estrés, evitar el alcohol y el tabaco, y mantener relaciones sociales saludables. Incorporar estos hábitos en la rutina diaria ayuda a prevenir enfermedades, mejorar el bienestar general y disfrutar de una vida más plena y enérgica.

Alimentación y Bebida

- **Dieta equilibrada**: Consumir una variedad de alimentos que incluyan todos los macronutrientes necesarios.
- **Hidratación**: Beber suficiente agua a lo largo del día.
- **Moderar el consumo de sodio**: No exceder los 5 gramos diarios de sodio (menos de una cucharadita).
- **Limitar azúcares y cafeína**: Evitar el exceso de bebidas azucaradas y limitar la cafeína.

Ejercicio Físico

- **Actividad regular**: Hacer ejercicio de forma constante y controlar el peso.
- **Variedad de actividades**: Incluir diferentes tipos de movimiento y juego para mantener la motivación.

Descanso y Sueño

- **Horario constante**: Mantener un horario regular para acostarse y levantarse.

- **Rutinas antes de dormir**: Establecer rituales calmados antes de ir a la cama para facilitar el descanso.
- **Limitar siestas diurnas**: Evitar las siestas largas que puedan interferir con el sueño nocturno.

Salud Mental y Emocional

- **Autoestima y aceptación**: Fomentar la confianza en uno mismo y aceptarse.
- **Manejo del estrés**: Desarrollar estrategias efectivas para afrontar el estrés diario.
- **Uso responsable de tecnología**: Evitar el uso excesivo de pantallas como el teléfono y la televisión.

Prevención y Cuidado General

- **Evitar sustancias nocivas**: No fumar y limitar o evitar el consumo de alcohol y otras drogas.
- **Higiene adecuada**: Mantener una buena higiene personal.
- **Controles médicos**: Realizar chequeos médicos periódicos para detectar enfermedades a tiempo.
- **Relaciones sociales**: Cultivar y mantener relaciones cercanas con amigos y familiares para sentirse apoyado.

Diariamente debemos tener restricciones en el consumo de sustancias que son perjudiciales para nuestra salud y bienestar integral, como es el de disminuir el consumo de sal porque puede tener consecuencias negativas para tu salud, como:

- **Retención de líquidos**

El exceso de sal puede provocar que el cuerpo retenga líquidos, lo que puede aumentar de peso.

- **Aumento de la presión arterial**

El consumo excesivo de sal puede aumentar la presión arterial a cualquier edad.

- **Problemas cardiovasculares**

El consumo excesivo de sal puede aumentar el riesgo de desarrollar enfermedades del corazón, como insuficiencia cardíaca e infartos.

- **Daño renal**

El consumo excesivo de sal puede dañar los riñones, lo que puede llevar a insuficiencia renal.

- **Accidentes cerebrovasculares**

El consumo excesivo de sal puede aumentar el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular.

Así, las consecuencias principales del tabaquismo son el desarrollo de:

- **Enfermedades cardiovasculares**: la arteriosclerosis es más intensa en pacientes fumadores, así como la hipertensión y sus manifestaciones como

infarto de miocardio, enfermedad arterial periférica o accidentes vásculo-cerebrales son mucho más frecuentes en pacientes fumadores.

- Cáncer pulmonar y otros cánceres producidos o influidos por el hábito de fumar, como: cáncer de labio, cavidad oral, faringe, laringe, esófago, páncreas, cuello uterino, riñón y vejiga.
- En mujeres que fuman durante el embarazo, sus hijos presentarán con mayor incidencia prematuridad, un bajo peso al nacer, muerte al nacer, muerte súbita del lactante e incluso infertilidad en la edad adulta.
- En mujeres postmenopáusicas, la osteoporosis tiende a ser más importante entre aquellas que fuman, manifestándose como un aumento del riesgo de fractura de fémur.

El alcoholismo es otro hábito muy extendido en todas las sociedades, con consecuencias negativas muy importantes para los consumidores.

El alcohol se absorbe rápidamente y pasa al torrente sanguíneo. En su paso por el hígado, las moléculas del alcohol son tratadas por este órgano como un *veneno*, dedicando todos sus esfuerzos metabólicos a la destrucción del alcohol y postergando cualquier otra vía metabólica para cuando ya no exista alcohol circulante; por ello, el metabolismo de la mayoría de los fármacos cambia en presencia del alcohol y su efectividad y efectos indeseables pueden incrementarse.

Si la concentración de alcohol en sangre es superior a las posibilidades de metabolismo del hígado, aparecerán los efectos clínicos de la intoxicación alcohólica, en especial una depresión del ritmo cardíaco y respiratorio, vasodilatación arterial periférica y pérdida de los mecanismos de control del cerebro.

Por ello, las manifestaciones clínicas de la intoxicación alcohólica pueden variar desde el deterioro de las habilidades para realizar acciones complejas (conducir), reducción de las inhibiciones sociales, disminución de la capacidad de atención y concentración, deterioro de la memoria, de los procesos de pensamiento y de la coordinación motora.

Los efectos del alcohol en el cuerpo se agravan con la concentración de alcohol circulante, llegando a aparecer una sedación que puede llevar al individuo al coma y a la muerte.

Así y por muy diversas razones, el alcoholismo agudo o crónico se relaciona con los accidentes de circulación, con la malnutrición, con la transmisión de enfermedades sexuales, con el riesgo de embarazos no deseados, con abortos espontáneos por alcoholismo fetal, con enfermedad hepática crónica (cirrosis y cáncer hepáticos), cánceres de cabeza, cuello, estómago y mama, síndrome depresivo y otros trastornos psiquiátricos, pérdida de soporte social, exclusión social y muerte.

Los síntomas de la diabetes y la hipertensión arterial pueden variar y no siempre están presentes.

Diabetes

- Mucha sed
- Necesidad de orinar con frecuencia, especialmente por la noche
- Pérdida de peso sin intentarlo
- Mucha hambre
- Visión borrosa
- Hormigueo o entumecimiento en las manos o los pies
- Mucho cansancio
- Piel muy seca

Hipertensión arterial

- Dolores de cabeza
- Falta de aire
- Sangrados nasales
- Vértigos (caída hacia un lado del cuerpo)
- Taquicardia (aumento de la frecuencia cardiaca)
- Palpitaciones
- Sensación de calor
- Chillidos en los oídos
- Enrojecimiento de cara y/o cuello

- **METODOLOGIA:**

Para el desarrollo del orden día; se saluda a los asistentes, se hace presentación del profesional del equipo PIC Departamental 2025 y del programa a ejecutar, se inicia con la socialización de la temática a desarrollar en cada taller sobre hábitos saludable. se van haciendo preguntas para conocer si los participantes están comprendiendo la información, luego se realiza una actividad practica para toma de presión arterial, toma de peso, toma de glucometría, por último, se abre un espacio en donde ellos exponen las dudas, preguntas o aportes que quieren realizar.

- **FUENTES DE INFORMACIÓN:**

https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/paginas/diabetes.aspx
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/27Atencion%20de%20la%20hipertension%20arterial.PDF

- **INSTRUMENTOS TÉCNICOS UTILIZADOS**

✓ Rotafolio
✓ Glucómetro, tensiómetro y fonendoscopio, peso, tabla de snell, lanceta, tirillas, algodón, guardián, alcohol.
✓ Registro Fotografías

- ✓ Actas (concertación, actividad, reunión, certificación)
- ✓ Registros de asistencia
- ✓ Celular, huellero, transporte

EVALUACIÓN DEL PROYECTO

Este proyecto se considera satisfactorio, cumpliendo lo propuesto para la comunidad objeto. En cuanto a lo pertinente, eficaz y de un impacto positivo a través de participación del equipo, y sensibilizar a la población adulta y vejez a fortalecer y potencializar conocimiento de identificación temprana de signos y síntomas de identificación temprana de asociados con las enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión arterial.

OBJETIVO DE LA SISTEMATIZACIÓN

Identificación de dificultades: No se presentaron dificultades que impidieran el desarrollo de los encuentros.

Logros: Desarrollar los encuentros en la fechas y horarios estipulados, asimismo que las actividades hayan generado empatía, aceptación en los participantes.

RECOMENDACIONES

Generar espacios educativos en la comunidad en cada Plan De Intervenciones Colectivas ya que se logra educar a la población objeto sobre la temática trabajada, brindando herramientas que permitieran cambiar los malos hábitos, factores de riesgo por unos saludables que construyan acciones, ambientes y entornos seguros para cada integrante frente a la prevención de enfermedades crónicos de la comunidad en el municipio.

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CORDOBAS

CONCLUSIÓN

Se concluye que fue satisfactorio el proceso de ejecución de las actividades establecidas, se logró el objetivo de promocionar y sensibilizar a la comunidad sobre estos temas de vital importancia en el curso de vida adultez y vejez. Este tipo de intervenciones son determinantes para promover en la población la construcción de conocimientos que permitan fortalecer hábitos y factores protectores de autocuidado en la importancia de minimizar factores de riesgo que desencadenan enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión arterial.

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS	ACTA DE CONCERTACIÓN	pic
	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. S S-005-2025	

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 02 del mes 09. del año 2025 se reunieron Aura Patricia Martinez Suarez representante de la ESE CAMU LOS CÒRDOBA Enfermera y Eludis Patricia Vargas representante de Comunidad rural de la zona rural del municipio de Puerto Escondido :con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N°005 celebrado entre la ESE CAMU LOS CÒRDOBAS y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Eje / dimensión	Fecha propuesta	Necesidad de apoyo logístico	Necesidad de talento humano	Observaciones
Eventos Salud mensual Toma de presión Arterial Peso, Imc, Glucometría	Atención Primaria Salud	04/09/2025	Glucometro tensiometro Lancetas Tirillas	Enfermería Aux Enf	Ninguna.
			Algodon Alcohol Tabla sheller Guardian		
			Guantes Peso		

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

Nombre:	Eludis Patricia Vargas	Nombre:	Aura Martinez Suarez
Cedula de ciudadanía:	50950525	Cedula de ciudadanía:	1064983589
Entidad:	Comunidad	Entidad:	ESE Camu los Cordobas
Numero de contacto	3125522591	Numero de contacto	3126268800
Firma:	Eludis Patricia Vargas.	Firma:	

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud · GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	**FORMATO**	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: la Cayá	Hora de Inicio: 03:00pm
Fecha 04/09/2025	Hora de Finalización: 05:00pm.

Objetivo(s) de la Reunión

Ejecutar Evento Mensual Sobre Toma de glucometría, Presion arterial, peso, IMC. en microterritorio rural

Desarrollo de la Reunión

1 Saludo formal y presentacion del equipo de trabajo PIC
2. socializacion a los participantes de la finalidad y objetivos del encuentro
3. sondeo previo de preguntas iniciales al tema a tratar
4. se inicia abordaje a tema a tratar
5. se realizan preguntas finales y resolucion de inquietudes entrega de cartillas
6. Toma de evidencias fotograficas diligenciamientos de asistencia
7. cierre de presentacion, agradecimiento y despedida

Conclusiones

Este proyecto se considera importante, satisfactorio, eficaz pertinente y de impacto positivo cumpliendo con lo propuesto en la poblacion objetivo intervenida

Recomendaciones

Generar espacios de informacion en salud en cada PIC con el fin de que la comunidad pueda educarse e informarse sobre los diferentes actividades de salud en el municipio.

Responsables de la Actividad

Anna P. Martinez Suarez.

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS
Un Corazón con la Salud

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Eulidis Vargas, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 50950525, en Representación del Comunidad rural, certifico que la ESE CAMU LOS CÒRDOBAS realizó Evento de toma de presión Arterial, Glucometría y Peso, en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Puerto Escondido a los 04 días del mes de 09 de 2025

FIRMA: Eludis Patricia Vargas
CEDULA DE CIUDADANÍA: 50950525
CELULAR: 3125522891

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS — Un Corazón con la Salud

RMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025

pic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atencion Primaria Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Evento mensual toma Glucometria, Peso, etc

DIA:	04	MES:	09	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	La Cata	ZONA:	rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Elio jams	PPT	1507376	3187211740	60	M	H								X	X				X			X		
2	Yamilis Primera	CC	1003148985	—	29	F	M								X	X				X			X		Yamilis P.
3	Rosana Barrios	CC	1007884935	3147211433	22	F	M								X	X				X			X		Rosana Barrios
4	nevis esther Avila	CC	15081451	—	64	F	M								X	X				X			X		Nevis Esther A.
5	Edilma Primera	CC	39758300	—	68	F	M								X	X				X			X		Edilma P.
6	nubia liz PP	CC	50957749	3187247415	53	F	M								X	X				X			X		X Nubia liz PP
7	Natalia ortiz P.	CC	1064308092	—	22	F	M								X	X				X			X		Natalia Ortiz P.
8	Gladis Paredes.	CC	26397335	—	69	F	M								X	X				X			X		Gladis Paredes
9	Rosmari Avilez	CC	50957373	—	59	F	M								X	X				X			X		X Rosmari Avilez
10	Edwar luna Doria	CC	1064308083	—	20	M	H								X	X				X			X		Edwar Luna Doria

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS	FORMATO DE ASISTENCIA	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud — GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025	

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

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

RMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atención Primaria Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Evento mensual toma T/A, Glucometria, Peso

DIA:	04	MES:	09	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	la Cana	ZONA:	rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Carlos Barrios	Ce	1216780112	3001171998	30	M	H.								X	X			X			X	X		Carlos Barrios
2	Suri Daza	cc	26140055	-	42	F	M								X	X				X			X		Suri Daza
3	Cecilia Ch	cc	26133977	-	42	F	M								X	X				X			X		Cecilia Ch.
4	Dancy Franco	cc	1006604115	3001177983	23	F	M								X	X				X			X		Dancy Franco.
5	Sandra Paez P.	cc	50957309	3019[illegible]	52	F	M								X	X				X			X		Sandra Paez. P
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									

164

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS	ORMATO DE ASISTENCIA	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud — GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025	

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

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS:

TALLER HABITOS SALUDABLE RURAL N#1

Lugar:	La Caña
Fecha:	04 Septiembre 2025 hora: 03:00pm
Personas Intervenidas:	Población general





GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU
LOS CÓRDOBAS







E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS	ACTA DE CONCERTACIÓN	pic
	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. S S-005-2025	

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 04 del mes 09 del año 2025 se reunieron Ana Martinez Suarez representante de la ESE CAMU LOS CÒRDOBA Enfermera y Yurani Mendoza Avila representante de Comunidad rural de la zona rural del municipio de Puerto Escondido: con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N°005 celebrado entre la ESE CAMU LOS CÒRDOBAS y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Eje / dimensión	Fecha propuesta	Necesidad de apoyo logístico	Necesidad de talento humano	Observaciones
Frente Salud mental Toma de presión arterial, peso, IMC, glucometria	Atencion Primaria Salud	05/sep/2025	Glucometro tensiometro tensiometro tiritas Algodon tabla snell Guardian Guantes	Enfermería Aux Enf.	Ninguna

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

Nombre:	Yurani Mendoza Avila	Nombre:	Ana Martinez Suarez
Cedula de ciudadanía:	1003140843	Cedula de ciudadanía:	1064983589
Entidad:	Comunidad Cristiana	Entidad:	ESE Camu los Cordobas
Numero de contacto	3136447787	Numero de contacto	3126268800
Firma:	Yurani Mendoza.	Firma:	

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud · Gobernación de Córdoba	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Cristo Rey.	Hora de Inicio: 4:00 pm
Fecha 05/09/2025	Hora de Finalización: 06:00pm

Objetivo(s) de la Reunión

Ejecutar evento de salud Mensual Sobre glucometria, Presion arterial, Peso, IMC, Microtemitino nepl.

Desarrollo de la Reunión

1. Salud fmior y presentacion del equipo de trabajo PIC
2. Socializacion a los participantes de la finalidad y objetivo del encuentro
3. Sondeo previo de preguntas micales
4. Se inicia abordaje del tema: Habitos saludable.
5. Se realiza evaluacion y resolucion de inquietudes.
6. Toma de evidencias fotograficas diligenciamiento de asistencia
7. Cierre de presentacion, Agradecimiento y despedida.

Conclusiones

Este proyecto se Considera importante Satisfactoria, eficaz pertinente y de impacto positivo Cumpliendo con lo propuesto en la poblacion objetivo

Recomendaciones

Generar espacios de informacion en salud en Cada PIC con el fin de que la Comunidad pueda educarse e informarse Sobre los diferentes de Salud en el municipio

Responsables de la Actividad

Ana P. Martinez Suarez

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Yurani Mendoza Avila identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1003140843, en Representación del Comunidad en Salud certifico que la ESE CAMU LOS CÒRDOBAS realizó Tamizaje mensual toma presion arterial, en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Puerto Escondido a los 03 días del mes de 09. de 2025

FIRMA: Yurani Mendoza Avila.
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1003140843
CELULAR: 3136447787.

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atencion Primaria Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Evento Mensual T/A, Glucometria, Peso.

DIA:	05	MES:	09	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Cristo Rey	ZONA:	rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Yuneidis Jarabay	CC	26139933	3178328125	45	F	M								X	X				X			X		
2	CA Saldarriaga	CC	1064308529	3217829640	27	F	M								X	X				X			X		
3	Eulupt Iarba	CC	6881366	3178536733	63	M	H								X	X				X			X		
4	Berta Cebolla	CC	33147902	3103947186	63	F	M								X	X				X			X		
5	Ana Carolina Zuñiga	CC	1143359546	3153678358	40	F	M								X	X				X			X		
6	Yeidis Marsiglia Hig	CC	1064312236	3216818665	36	F	M								X	X				X			X		
7	Miriam Tous	CC	26138447?	No tiene	73	F	M								X	X				X			X		
8	Fransico gallego	CC	3464476	No tiene	69	M	M								X	X				X			X		
9	Fransisco Castro	CC	28162 143	3148064836	72	M	M								X	X				X			X		
10	Luz Adrian Negrete	CC	1064307604	3174710669	25	F	M								X	X				X			X		

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS	FORMATO DE ASISTENCIA	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

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

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

.RMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atención Primaria Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Evento Mensual Toma T/A, Glucometría, Peso

DIA:	05	MES:	09	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Const Rey	ZONA:	rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Luisa Arevalo	Cc	1064310731	—	19	F	M								X	X				X			X		Luisa Arevalo
2	Erika Torres	CC	1073814315	3206013172	21	F	M								X	X				X			X		Erika Torres
3	Lucy Lopez	Cc	1003142868	3161770X	49	F	M								X	X				X			X		Lucy Lopez
4	Deley Correa	Cc	42053701	—	52	F	M								X	X				X			X		Deley Correa
5	Ana Rosa Cuenca	Cc	43823388	3165885894	58	F	M								X	X				X			X		Ana Rosa C.
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS	FORMATO DE ASISTENCIA	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud — Gobernación de Córdoba
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025	

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

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

TALLER HABITOS SALUDABLE RURAL N#2

Lugar:	Cristo Rey
Fecha:	05 Septiembre 2025 hora: 04:00pm
Personas Intervenidas:	Población general





GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU
LOS CÓRDOBAS







GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

MICROTERRITORIO URBANO

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

Desarrollar taller mensual de salud con metodología participativa y dinámica que incluya información teórica, demostraciones prácticas y espacios de preguntas y respuestas, sobre la importancia del autoexamen de mamas y el conocimiento de los signos y síntomas del cáncer de cuello uterino, promoviendo hábitos de autocuidado y prevención.

OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD:

- ✓ Detectar enfermedad de cáncer de mama y cuello uterino en su etapa más temprana y tratable.
- ✓ Sensibilizar a la población sobre la importancia de la detección temprana de cáncer de mama y cuello uterino para mejorar el pronóstico y la supervivencia de los casos.
- ✓ Brindar asesoría sobre definiciones de cáncer y tipos más comunes en mujeres.
- ✓ Brindar asesoría sobre signos y síntomas asociados con cáncer de mama, cáncer de cuello uterino y la importancia que deben consultar al servicio médico más cercano.
- ✓ Promover y reforzar la asistencia a Rutas de Atención (adultez).
- ✓ Orientar e incentivar a las mujeres a realización de autoexamen de mama y control citológico de cuello uterino según criterio médico.

MICROTERRITORIO URBANO

CONSOLIDACIÓN DE INFORMACIÓN TALLER MENSUAL SOBRE AUTOEXAMEN DE MAMAS Y CANCER DE CUELLO UTERINO AREA URBANO.

ITEM	FECHA	LUGAR (BARRIO, VEREDA O SITIO)	NUMERO DE PERSONAS	GENERO		RANGO DE EDAD					
				F	M	0-5	6-11	12-17	18-28	29-59	<60
5	19/08/2025	Las marías	20	20	0	0	0	0	2	15	3
	TOTAL		20	20	0	0	0	0	2	15	3

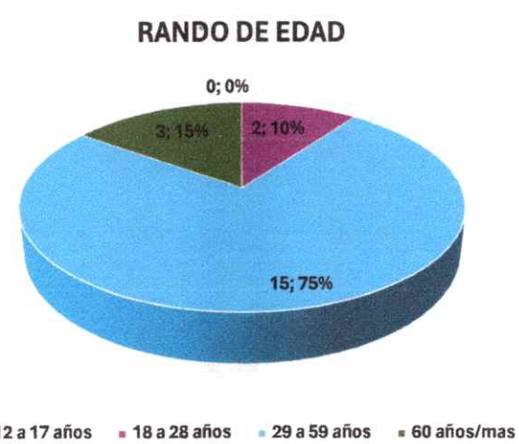
GRAFICAS: TALLER MENSUAL DE SALUD DIRIGIDO A MUJERES

GRAFICA 1. GENERO



ANALISIS: en la anterior tabulación y grafica de los datos sobre las personas intervenidas en los talleres de salud en el microterritorio rural, se puede evidenciar que 100% son mujeres con 80 en total, en cuanto al 0% corresponde al género masculino con 0 participantes.

GRAFICA 2: RANGO DE EDAD



ANALISIS: De la anterior tabulación y gráfica de rango de edades de las mujeres que asistieron a los talleres de salud podemos analizar que el 75% pertenecen al rango de edad entre 29 a 59 años con15 adultas en total, seguido con el15% de edades entre 18 a 28 años de edad, y por último solo el 10% de mujeres mayores de 60 años con 2 asistentes.

- **DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:**

Una vez concertada la actividad de talleres de información, el equipo de campo, se desplazaron en la fecha y lugar determinado, seguidamente, se da inicio al

encuentro de salud, llevando una cronología de la actividad, dando un saludo a los participantes, realizando la presentación formal del equipo; se inicia la actividad con preguntas previas sobre: ¿qué es el cáncer? ¿cuáles son los signos y síntomas del cáncer de mama? ¿ cuáles son los signos y síntomas del cáncer de cuello uterino? dirigido a mujeres comunitario del micro territorio urbana, en la cual se abordaron tema de sensibilización y educación sobre la identificación temprana de signos y síntomas asociados con cáncer de mama, cáncer de cuello uterino y la importancia de realización de autoexamen de mamas y citología cérvico uterina, utilizando la metodología de uso de rotafolio y mamas didácticas, después de la intervención se valoró la participación de mucha mujeres que participaron sobre todo en la adecuada técnica d autoexamen de mama y a la vez expresando situaciones de necesidad en saber sobre este tema.

Las asistentes mostraron interés por los temas desarrollados, durante la actividad se tomaron registros fotográficos y de asistencias, y se agradece por el espacio dispuesto.

- **TEMATICA:**

El cáncer de mama es un tipo de cáncer que comienza como una proliferación de células en el tejido mamario.

Después del cáncer de piel, el cáncer de mama es el tipo más común diagnosticado en mujeres en Estados Unidos. Sin embargo, este tipo de cáncer no solo se desarrolla en las mujeres. Todas las personas nacen con un poco de tejido mamario, por lo que cualquiera puede desarrollar cáncer de mama.

Las tasas de supervivencia del cáncer de mama están en aumento, y la cantidad de personas que fallecen a causa del cáncer de mama baja constantemente. En gran parte, esto se debe al amplio apoyo a la concientización sobre el cáncer de mama y la financiación de investigaciones relacionadas.

Los avances en los exámenes de detección del cáncer de mama les permiten a los profesionales de atención médica diagnosticar esta enfermedad más temprano, lo que aumenta las probabilidades de curarlo. Incluso cuando el cáncer de mama no se puede curar, existen muchos tratamientos para prolongar la vida. Los nuevos descubrimientos de las investigaciones sobre el cáncer de mama ayudan a los profesionales de atención médica a elegir los planes de tratamiento más eficaces.

Los signos y síntomas del cáncer de mama pueden incluir los siguientes:

- Un bulto o área engrosada de la piel en la mama que se siente diferente del tejido que la rodea.
- Un pezón aplanado o hundido.

- Cambios en el color de la piel de la mama. En personas de piel blanca, la piel de la mama puede tener un color rosado o rojizo. En personas de piel morena o negra, la piel de la mama puede ser más oscura que la piel del pecho, o bien tener un color rojizo o morado.
- Cambio en el tamaño, la forma o el aspecto de una mama.
- Cambios en la piel sobre la mama, como piel con hoyuelos o con el aspecto de la cáscara de una naranja.
- Descamación, desprendimiento o formación de costras o escamas de la piel de la mama.

El autoexamen de mama es un procedimiento mensual que puede ayudar a las mujeres a familiarizarse con la apariencia y sensación normal de sus senos para detectar cualquier cambio que pueda ser motivo de preocupación. Se recomienda realizarlo entre 3 y 5 días después del inicio del periodo menstrual, cuando los senos son menos sensibles. Si no se tienen periodos menstruales, se puede elegir un día fijo del mes para realizarlo.

Pasos para realizar el autoexamen de mama:

1. Examen visual:

Párate frente a un espejo con los brazos a los lados y observa tus senos. Presta atención a cambios en el tamaño, forma, contorno, piel (hoyuelos, arrugas, abolladuras), pezones (hundidos o invertidos) y venas.

Repite el examen con los brazos levantados por encima de la cabeza y luego con las manos presionando la cadera para tensar los músculos del pecho.

2. Examen con la mano:

- Recuéstate con una almohada debajo del hombro del lado que vas a examinar. Esto ayuda a extender el tejido mamario para facilitar la palpación.
- Usa las yemas de los dedos (no las puntas) de la mano contraria para palpar suavemente el seno en busca de bultos, masas o engrosamientos.
- Realiza movimientos circulares, comenzando desde la axila y siguiendo un patrón en espiral hacia el pezón, cubriendo toda la zona del seno y la axila.
- Aplica tres niveles de presión: suave, media y firme, para palpar diferentes capas del tejido mamario.
- Repite el mismo procedimiento en el otro seno.

3. Examen del pezón:

- Presiona suavemente el pezón para verificar si hay secreción. Si observas alguna secreción, anótala y consulta a un médico.

Factores de riesgo

Algunos de los factores que pueden aumentar el riesgo de tener cáncer de mama son los siguientes:

- **Antecedentes familiares de cáncer de mama.** Si tu padre, madre, un hermano o una hermana, o un hijo o una hija tuvo cáncer de mama, el riesgo de que tengas cáncer de mama aumenta. El riesgo es más alto si tienes antecedentes familiares de cáncer de mama a temprana edad. También es más alto si varios familiares tienen cáncer de mama. Aun así, la mayoría de las personas diagnosticadas con cáncer de mama no tiene antecedentes familiares de la enfermedad.
- **Antecedentes personales de cáncer de mama.** Si tuviste cáncer en una mama, tienes más riesgo de desarrollar cáncer en la otra.
- **Antecedentes personales de afecciones de las mamas.** Determinadas afecciones de las mamas son marcadores de un riesgo más alto de desarrollar cáncer de mama. Estas afecciones incluyen carcinoma lobulillar in situ e hiperplasia atípica de la mama. Si te hicieron una biopsia de mama en la que se encontró alguna de estas afecciones, tienes un riesgo mayor de desarrollar cáncer de mama.
- **Inicio de tu período menstrual a una edad temprana.** Tener tu período por primera vez antes de los 12 años aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de mama.
- **Inicio de la menopausia a una edad avanzada.** Tener la menopausia después de los 55 años aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de mama.
- **Ser mujer.** Las mujeres son mucho más propensas que los hombres a desarrollar cáncer de mama. Todas las personas nacen con un poco de tejido mamario, por lo que cualquiera puede desarrollar cáncer de mama.
- **Tejido mamario denso.** El tejido mamario está compuesto por tejido graso y tejido denso. El tejido denso está formado por glándulas mamarias, conductos mamarios y tejido fibroso. Si tienes mamas densas, tienes más tejido denso que tejido graso. Tener mamas densas puede dificultar el diagnóstico de cáncer de mama.
- **Consumo de alcohol.** Consumir alcohol aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de mama.
- **Tener tu primer hijo a una edad avanzada.** Dar a luz a tu primer hijo después de los 30 años puede aumentar el riesgo de desarrollar cáncer de mama.

- **Nunca haber cursado un embarazo.** Haber cursado un embarazo una vez o más disminuye el riesgo de desarrollar cáncer de mama, mientras que no haber cursado ninguno aumenta el riesgo.
- **Edad avanzada.** El riesgo de desarrollar cáncer de mama aumenta a medida que envejeces.

¿Qué es el cáncer de cuello uterino?

El cáncer de cuello uterino es cáncer que se origina en las células del cuello del útero. También se conoce como cáncer de cérvix o cáncer cervicouterino. El cuello uterino es la porción final, inferior y estrecha del útero (matriz) que conecta el útero con la vagina (canal del parto). El cáncer de cuello uterino se forma, por lo general, de manera lenta a lo largo del tiempo. Antes de que este cáncer se forme, las células del cuello del útero sufren ciertos cambios conocidos como displasia y se convierten en células anormales en el tejido del cuello uterino. Con el tiempo, si las células anormales no se destruyen o se extraen, es posible que se vuelvan cancerosas, se multipliquen y se diseminen a partes más profundas del cuello uterino y a las áreas que lo rodean.

Síntomas del cáncer de cuello uterino:
El cáncer de cuello uterino cuando comienza a formarse por lo general no causa síntomas, lo que complica su detección. Con frecuencia, los síntomas inician después de que el cáncer se disemina.

Los síntomas de cáncer de cuello uterino en estadio temprano suelen ser los siguientes:

- Sangrado vaginal después de tener relaciones sexuales.
- Sangrado vaginal después de la menopausia.
- Sangrado vaginal entre períodos menstruales, o períodos menstruales abundantes o que duran más de lo normal.
- Flujo vaginal líquido de olor fuerte o con sangre.
- Dolor pélvico o dolor durante las relaciones sexuales.

Es posible que el cáncer de cuello uterino en estadio avanzado (cáncer que se diseminó fuera del cuello del útero a otras partes del cuerpo) cause los síntomas mencionados antes además de los siguientes:

- Dificultad o dolor al evacuar, o sangrado del recto con las evacuaciones intestinales.
- Dificultad o dolor al orinar, o sangre en la orina.
- Dolor sordo en la espalda.
- Hinchazón de las piernas.
- Dolor en el abdomen.

- Sensación de cansancio

- **METODOLOGIA:**

Se realizó taller mensual mediante: capacitación con uso de rotafolio con información alusiva al tema a tratar y mamas didácticas, espacio de socialización interactiva entre las participantes, durante el desarrollo de la intervención se implementó temática dinámica y participativa.

- **FUENTES DE INFORMACIÓN:**

Ministerio de salud y protección social
-https://www.cancer.gov.co/portafolio-1/unidades-funcionales-1/seno-tejidos-blandos/diagnostico-tratamiento/cancer-mama/signos-sintomas
-(https://herramientaclinicaprimerainfancia.minsalud.gov.co/informacion-en-salud)
https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/paginas/cancer-de-mama.aspx

- **INSTRUMENTOS TÉCNICOS UTILIZADOS**

Rotafolio
Mamas didácticas
Registro Fotografías.
Actas (concertación, actividad, reunión, certificación)
Registros de asistencia
Celular, huellero, transporte

EVALUACIÓN DEL PROYECTO

Este proyecto se considera satisfactorio dado que se logró el desarrollo de las intervenciones planeadas hasta la fecha establecida, cumpliendo lo propuesto para lo comunidad objeto. ya que el autoexamen de mama y la citología son herramientas importantes para la detección temprana del cáncer de mama y cuello uterino, una enfermedad que puede ser más tratable si se detecta en etapas iniciales. El autoexamen permite a las mujeres familiarizarse con sus senos y detectar cambios inusuales. La citología, o biopsia, se realiza cuando se detecta una anomalía y permite obtener una muestra de tejido para su análisis

OBJETIVO DE LA SISTEMATIZACIÓN

Identificación de dificultades: se presentaron dificultades de tipo climático aumento de lluvias, y las personas convocadas no asistían al punto de concertación.
Logros: Desarrollar los encuentros en la fechas y horarios estipulados, asimismo que las actividades hayan generado empatía, aceptación en los participantes.

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

RECOMENDACIONES

Brindar más capacitaciones de este tema de detección temprana de signos y síntomas asociados a cáncer mama y cuello uterino con el fin de detectar diagnosticar y tratar eficaz y oportunamente este tipo de enfermedad. Ya que el cáncer de mama continúa siendo un flagelo para la salud de la mujer. Su detección temprana es una garantía para lograr su erradicación y garantizar mejor calidad de vida a quien lo padezca. La realización del autoexamen de mamas juega un importante papel en este sentido, sin embargo, no es una práctica común entre las mujeres.

CONCLUSIÓN

Finalmente, según la ejecución de este proyecto, puedo concluir que este tipo de intervenciones son determinantes para promover conciencia en mujeres sobre el cáncer de mama se detecta tempranamente, se establece un diagnóstico adecuado, y se dispone de tratamiento para actuar de manera inmediata y efectiva, incrementa las posibilidades de curación. La mujer realiza palpación una vez al mes de sus propios senos buscando anomalías en su tamaño o forma. La realización regular de este autoexamen familiariza a la mujer con la consistencia usual de sus mamas y permitirá la identificación de nódulos o masas de forma más sencilla. Además, el cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte por cáncer entre mujeres de 30 a 59 años. La mortalidad por cáncer de cuello uterino está asociada a condiciones socioeconómicas desfavorables, encontrándose un mayor riesgo de mortalidad en regiones rurales dispersas, con bajo acceso a los servicios de salud y en grupos de menor nivel educativo.

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS	ACTA DE CONCERTACIÓN	pic
	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. S S-005-2025	

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 10 del mes 09 del año 2025 se reunieron Andrea Camargo Enfermera. representante de la ESE CAMU LOS CÒRDOBA y Malena Marquez. representante de Comunidad de la zona Urbano del municipio de Puerto Escondido con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N°005 celebrado entre la ESE CAMU LOS CÒRDOBAS y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Eje / dimensión	Fecha propuesta	Necesidad de apoyo logístico	Necesidad de talento humano	Observaciones
Taller mensual autocuidado mama.	APS	11-09-2025	Portafolio - mamas didacticas	Enfermera	Ninguna.

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

Nombre:	Malena Marquez C.	Nombre:	Andrea Camargo Ramos
Cedula de ciudadanía:	8.063963	Cedula de ciudadanía:	1002 343737
Entidad:	Comunidad	Entidad:	Ese Camu los Cordobas
Numero de contacto	3218510851	Numero de contacto	3153612210
Firma:	Malena	Firma:	Andrea Camargo Ramos

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud · Gobernación de Córdoba	**FORMATO**	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: las Flores	Hora de Inicio: 03:00 por
Fecha 11-Sep/2025	Hora de Finalización: 05:00 por

Objetivo(s) de la Reunión

Desarrollar taller mensual sobre autoexamen de mama dirigido a mujeres

Desarrollo de la Reunión

1. Saludo formal y presentación del equipo de trabajo PIC 2025
2. Socialización a los participantes de finalidad y objetivo del encuentro
3. Se inicia abordaje mediante Tematica, usando rotafolio y gramas didacticos
4. Se realizan preguntas y se resuelven inquietudes
5. Cierre y agradecimientos

Conclusiones

Este proyecto se considera importante satisfactorio eficaz, pertinente y de impacto positivo, cumpliendo con lo propuesto con la poblacion objeto

Recomendaciones

Generar espacios de información en salud en cada PIC sobre este tema

Responsables de la Actividad

Andrea Carvajal Flores

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Malena Marquez, identificado con la Cédula de Ciudadania N° 8063963, en Representación del Comunidad., certifico que la ESE CAMU LOS CÒRDOBAS realizó Taller Sensual Barrio Nuevo, en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Puerto Escondido a los 11 días del mes de 09 de 2025

FIRMA: Malena Marquez Garcia

CEDULA DE CIUDADANÍA:

CELULAR: 8.063.963

3218510051

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS — Tu Compañía con la Salud

ORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025

pic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atención Primaria Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Taller mensual autoexamen de mama

DIA:	11	MES:	09	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	las Manas	ZONA:	Urbana

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Nubia Hernandez H.	CC	50891601	314591-5490	56	f	m	-	-	-	-	-	-	-	x	x	-	-	-	x			x		Nubia Hernandez H
2	Luz Dary Benitez	CC	34882948	3148175[illegible]	30	f	m	-	-	-	-	-	-	-	x	x	-	-	-	x			x		Luz Dary Benitez
3	Kellys Espitia	CC	1192794401	-	25	F	M	-	-	-	-	-	-	-	x	x	-	-	-	x			x		xKellys Espitia
4	Jina M Cameo Bravo	CC	1064312691	3178981136	34	f	m	-	-	-	-	-	-	-	x	x	-	-	-	x			x		Jina M Cameo B
5	Yarima Diaz	CC	1.07391[illegible]78	3108[illegible]8	30	F	m	-	-	-	-	-	-	-	x	x	-	-	-	x			x		Yarima Diaz
6	Nelbis Vasquez	CC	45447366	—	45	F	m	-	-	-	-	-	-	-	x	x	-	-	-	x			x		Nelbis Vasquez
7	Gloria Morales O.	CC	50957392	3177062 50	52	f	m	-	-	-	-	-	-	-	x	x	-	-	-	x			x		Gloria Morales O
8	Nury Moreno F	CC	50956942	—	50	F	M	-	-	-	-	-	-	-	x	x	-	-	-	x			x		Nury Moreno F
9	Valentina Herrera D	CC	1073985439	3008900[illegible]	19	F	m	-	-	-	-	-	-	-	x	x	-	-	-	x			x		Valentina Herrera
10	Gertrudis Estrada P	CC	26152908	3157092[illegible]	60	F	m	-	-	-	-	-	-	-	x	x	-	-	-	x			x		Gertrudis Estrada

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS	ORMATO DE ASISTENCIA	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud — GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025	

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

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

ORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atención Primaria Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Taller mensual autoexamen de mama

DIA:	11	MES:	09	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Los Manaí	ZONA:	Urbano

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Yamer Cantillo	CC	1002059280	3132235402	25	f	M	-	-			-	-		-	X				X			X		
2	Margarita Mendoza	CC	26152053	3172221868	68	F	M	-	-	-	-	-	-	-	X	X				X			X		
3	Luis Sanchez	CC	7261512013	-	70	f	M	-	-	-			-	-	X	X				X			X		
4	Maria Hernandez	CC	26151841	3134926865	48	F	M		-	-	-	-	-	-	X	X				X			X		
5	maria francisca Molina	CC	26152489	-	68	F	M	-		-	-	-	-	-	X	X				X			X		
6	Elva julia Sanchez	CC	1064311280	3147854428	38	f	M		-		-	-		-	X	X				X			X		
7	Naris Soto	CC	26163836	3187197411	58	f	M	-	-	-	-	-	-	-	X	X				X			X		
8	Daniela Rodriguez M	CC	1071432694	3146200110	19	f	M	-	-	-	-	-		-	X	X				X			X		
9	Malena Marquez	CC	8.063.963	3218310051	40	f	M	-	-	-	-	-	-	-	X	X				X			X		
10	Onidis Osorio	CC	15076930	-	44	f	M		-	-	-			-	X	X				X			X		

186

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS	ORMATO DE ASISTENCIA	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud — GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025	

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

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS:

TALLER MENSUAL N#5

Lugar:	Las Marías
Fecha:	11 septiembre 2025 hora: 03:00pm
Personas Intervenidas:	Mujeres
EJE ESTRATEGICO	ATENCIÒN PRIMARIA EN SALUD





GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU
LOS CÓRDOBAS





GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

MICROTERRITORIO RURAL

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

Desarrollar taller mensual de salud con metodología participativa y dinámica que incluya información teórica, demostraciones prácticas y espacios de preguntas y respuestas, sobre la importancia del autoexamen de mamas y el conocimiento de los signos y síntomas del cáncer de cuello uterino, promoviendo hábitos de autocuidado y prevención.

OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD:

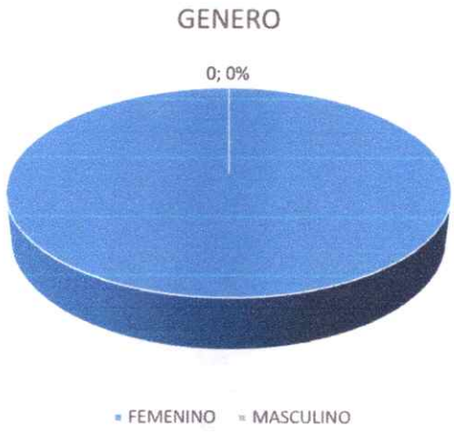
- ✓ Detectar enfermedad de cáncer de mama y cuello uterino en su etapa más temprana y tratable.
- ✓ Sensibilizar a la población sobre la importancia de la detección temprana de cáncer de mama y cuello uterino para mejorar el pronóstico y la supervivencia de los casos.
- ✓ Brindar asesoría sobre definiciones de cáncer y tipos más comunes en mujeres.
- ✓ Brindar asesoría sobre signos y síntomas asociados con cáncer de mama, cáncer de cuello uterino y la importancia que deben consultar al servicio médico más cercano.
- ✓ Promover y reforzar la asistencia a Rutas de Atención (adultez).
- ✓ Orientar e incentivar a las mujeres a realización de autoexamen de mama y control citológico de cuello uterino según criterio médico.

CONSOLIDACIÓN DE INFORMACIÓN TALLER MENSUAL SOBRE AUTOEXAMEN DE MAMAS Y CANCER DE CUELLO UTERINO AREA RURAL.

ITEM	FECHA	LUGAR (BARRIO, VEREDA O SITIO)	NUMERO DE PERSONAS	GENERO		RANGO DE EDAD					
				F	M	0-5	6-11	12-17	18-28	29-59	<60
4	15/09/2025	Nueva Esperanza	15	15	0	0	0	0	3	11	1
	TOTAL		15	15	0	0	0	0	3	11	1

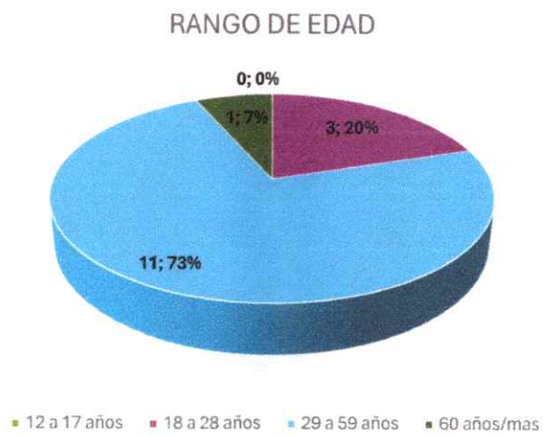
GRAFICAS: TALLER DE SALUD DIRIJIDOS A MUJERES

GRAFICA 1. GENERO



ANALISIS: en la anterior tabulación y grafica de los datos sobre las personas intervenidas en los talleres de salud en el microterritorio rural, se puede evidenciar que 100% son mujeres, con 60 en total, en cuanto al 0% corresponde al género masculino con 0 participantes.

GRAFICA 2: RANGO DE EDAD



ANALISIS: De la anterior tabulación y gráfica de rango de edades de las mujeres que asistieron a los talleres de salud podemos analizar que el 73% pertenecen al rango de edad entre 29 a 59 años con 11 adultas en total, seguido con el 20 % de edades entre 18 a 28 años de edad, y por último solo el7 % de mujeres mayores de 60 años con 1 asistentes.

- **DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:**

Para la realización de las actividades de taller mensual; Una vez concertada la actividad de talleres de información, el equipo de campo, se desplazaron en la fecha y lugar determinado, seguidamente, se da inicio al encuentro de salud, llevando una

cronología de la actividad, dando un saludo a los participantes, realizando la presentación formal del equipo; se inicia la actividad con preguntas previas sobre: ¿qué es el cáncer? ¿cuáles son los signos y síntomas del cáncer de mama? ¿ cuáles son los signos y síntomas del cáncer de cuello uterino? dirigido a mujeres comunitario del micro territorio urbana, en la cual se abordaron tema de sensibilización y educación sobre la identificación temprana de signos y síntomas asociados con cáncer de mama, cáncer de cuello uterino y la importancia de realización de autoexamen de mamas y citología cérvico uterina, utilizando la metodología de uso de rotafolio y mamas didácticas, después de la intervención se valoró la participación de mucha mujeres que participaron sobre todo en la adecuada técnica d autoexamen de mama y a la vez expresando situaciones de necesidad en saber sobre este tema.

Las asistentes mostraron interés por los temas desarrollados, durante la actividad se tomaron registros fotográficos y de asistencias, y se agradece por el espacio dispuesto.

- **TEMATICA:**

El cáncer de mama es un tipo de cáncer que comienza como una proliferación de células en el tejido mamario.

Después del cáncer de piel, el cáncer de mama es el tipo más común diagnosticado en mujeres en Estados Unidos. Sin embargo, este tipo de cáncer no solo se desarrolla en las mujeres. Todas las personas nacen con un poco de tejido mamario, por lo que cualquiera puede desarrollar cáncer de mama.

Las tasas de supervivencia del cáncer de mama están en aumento, y la cantidad de personas que fallecen a causa del cáncer de mama baja constantemente. En gran parte, esto se debe al amplio apoyo a la concientización sobre el cáncer de mama y la financiación de investigaciones relacionadas.

Los avances en los exámenes de detección del cáncer de mama les permiten a los profesionales de atención médica diagnosticar esta enfermedad más temprano, lo que aumenta las probabilidades de curarlo. Incluso cuando el cáncer de mama no se puede curar, existen muchos tratamientos para prolongar la vida. Los nuevos descubrimientos de las investigaciones sobre el cáncer de mama ayudan a los profesionales de atención médica a elegir los planes de tratamiento más eficaces.

Los signos y síntomas del cáncer de mama pueden incluir los siguientes:

- Un bulto o área engrosada de la piel en la mama que se siente diferente del tejido que la rodea.
- Un pezón aplanado o hundido.

- Cambios en el color de la piel de la mama. En personas de piel blanca, la piel de la mama puede tener un color rosado o rojizo. En personas de piel morena o negra, la piel de la mama puede ser más oscura que la piel del pecho, o bien tener un color rojizo o morado.
- Cambio en el tamaño, la forma o el aspecto de una mama.
- Cambios en la piel sobre la mama, como piel con hoyuelos o con el aspecto de la cáscara de una naranja.
- Descamación, desprendimiento o formación de costras o escamas de la piel de la mama.

El autoexamen de mama es un procedimiento mensual que puede ayudar a las mujeres a familiarizarse con la apariencia y sensación normal de sus senos para detectar cualquier cambio que pueda ser motivo de preocupación. Se recomienda realizarlo entre 3 y 5 días después del inicio del periodo menstrual, cuando los senos son menos sensibles. Si no se tienen periodos menstruales, se puede elegir un día fijo del mes para realizarlo.

Pasos para realizar el autoexamen de mama:

1. Examen visual:

Párate frente a un espejo con los brazos a los lados y observa tus senos. Presta atención a cambios en el tamaño, forma, contorno, piel (hoyuelos, arrugas, abolladuras), pezones (hundidos o invertidos) y venas.

Repite el examen con los brazos levantados por encima de la cabeza y luego con las manos presionando la cadera para tensar los músculos del pecho.

2. Examen con la mano:

- Recuéstate con una almohada debajo del hombro del lado que vas a examinar. Esto ayuda a extender el tejido mamario para facilitar la palpación.
- Usa las yemas de los dedos (no las puntas) de la mano contraria para palpar suavemente el seno en busca de bultos, masas o engrosamientos.
- Realiza movimientos circulares, comenzando desde la axila y siguiendo un patrón en espiral hacia el pezón, cubriendo toda la zona del seno y la axila.
- Aplica tres niveles de presión: suave, media y firme, para palpar diferentes capas del tejido mamario.
- Repite el mismo procedimiento en el otro seno.

3. Examen del pezón:

- Presiona suavemente el pezón para verificar si hay secreción. Si observas alguna secreción, anótala y consulta a un médico

Factores de riesgo

Algunos de los factores que pueden aumentar el riesgo de tener cáncer de mama son los siguientes:

- **Antecedentes familiares de cáncer de mama.** Si tu padre, madre, un hermano o una hermana, o un hijo o una hija tuvo cáncer de mama, el riesgo de que tengas cáncer de mama aumenta. El riesgo es más alto si tienes antecedentes familiares de cáncer de mama a temprana edad. También es más alto si varios familiares tienen cáncer de mama. Aun así, la mayoría de las personas diagnosticadas con cáncer de mama no tiene antecedentes familiares de la enfermedad.
- **Antecedentes personales de cáncer de mama.** Si tuviste cáncer en una mama, tienes más riesgo de desarrollar cáncer en la otra.
- **Antecedentes personales de afecciones de las mamas.** Determinadas afecciones de las mamas son marcadores de un riesgo más alto de desarrollar cáncer de mama. Estas afecciones incluyen carcinoma lobulillar in situ e hiperplasia atípica de la mama. Si te hicieron una biopsia de mama en la que se encontró alguna de estas afecciones, tienes un riesgo mayor de desarrollar cáncer de mama.
- **Inicio de tu período menstrual a una edad temprana.** Tener tu período por primera vez antes de los 12 años aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de mama.
- **Inicio de la menopausia a una edad avanzada.** Tener la menopausia después de los 55 años aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de mama.
- **Ser mujer.** Las mujeres son mucho más propensas que los hombres a desarrollar cáncer de mama. Todas las personas nacen con un poco de tejido mamario, por lo que cualquiera puede desarrollar cáncer de mama.
- **Tejido mamario denso.** El tejido mamario está compuesto por tejido graso y tejido denso. El tejido denso está formado por glándulas mamarias, conductos mamarios y tejido fibroso. Si tienes mamas densas, tienes más tejido denso que tejido graso. Tener mamas densas puede dificultar el diagnóstico de cáncer de mama.
- **Consumo de alcohol.** Consumir alcohol aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de mama.
- **Tener tu primer hijo a una edad avanzada.** Dar a luz a tu primer hijo después de los 30 años puede aumentar el riesgo de desarrollar cáncer de mama.

- **Nunca haber cursado un embarazo.** Haber cursado un embarazo una vez o más disminuye el riesgo de desarrollar cáncer de mama, mientras que no haber cursado ninguno aumenta el riesgo.
- **Edad avanzada.** El riesgo de desarrollar cáncer de mama aumenta a medida que envejeces.

¿Qué es el cáncer de cuello uterino?

El cáncer de cuello uterino es cáncer que se origina en las células del cuello del útero. También se conoce como cáncer de cérvix o cáncer cervicouterino. El cuello uterino es la porción final, inferior y estrecha del útero (matriz) que conecta el útero con la vagina (canal del parto). El cáncer de cuello uterino se forma, por lo general, de manera lenta a lo largo del tiempo. Antes de que este cáncer se forme, las células del cuello del útero sufren ciertos cambios conocidos como displasia y se convierten en células anormales en el tejido del cuello uterino. Con el tiempo, si las células anormales no se destruyen o se extraen, es posible que se vuelvan cancerosas, se multipliquen y se diseminen a partes más profundas del cuello uterino y a las áreas que lo rodean.

Síntomas del cáncer de cuello uterino:
El cáncer de cuello uterino cuando comienza a formarse por lo general no causa síntomas, lo que complica su detección. Con frecuencia, los síntomas inician después de que el cáncer se disemina.

Los síntomas de cáncer de cuello uterino en estadio temprano suelen ser los siguientes:

- Sangrado vaginal después de tener relaciones sexuales.
- Sangrado vaginal después de la menopausia.
- Sangrado vaginal entre períodos menstruales, o períodos menstruales abundantes o que duran más de lo normal.
- Flujo vaginal líquido de olor fuerte o con sangre.
- Dolor pélvico o dolor durante las relaciones sexuales.

Es posible que el cáncer de cuello uterino en estadio avanzado (cáncer que se diseminó fuera del cuello del útero a otras partes del cuerpo) cause los síntomas mencionados antes además de los siguientes:

- Dificultad o dolor al evacuar, o sangrado del recto con las evacuaciones intestinales.
- Dificultad o dolor al orinar, o sangre en la orina.
- Dolor sordo en la espalda.

- Hinchazón de las piernas.
- Dolor en el abdomen.
- Sensación de cansancio.

- **METODOLOGIA:**

Se realizó taller mensual mediante: capacitación con uso de rotafolio con información alusiva al tema a tratar y mamas didácticas, espacio de socialización interactiva entre las participantes, durante el desarrollo de la intervención se implementó temática dinámica y participativa.

- **FUENTES DE INFORMACIÓN:**

Ministerio de salud y protección social
-https://www.cancer.gov.co/portafolio-1/unidades-funcionales-1/seno-tejidos-blandos/diagnostico-tratamiento/cancer-mama/signos-sintomas
-(https://herramientaclinicaprimerainfancia.minsalud.gov.co/informacion-en-salud)
https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/paginas/cancer-de-mama.aspx

- **INSTRUMENTOS TÉCNICOS UTILIZADOS**

Rotafolio
Mamas didácticas
Registro Fotografías.
Actas (concertación, actividad, reunión, certificación)
Registros de asistencia
Celular, huellero, transporte

EVALUACIÓN DEL PROYECTO

Este proyecto se considera satisfactorio dado que se logró el desarrollo de las intervenciones planeadas hasta la fecha establecida, cumpliendo lo propuesto para lo comunidad objeto. ya que el autoexamen de mama y la citología son herramientas importantes para la detección temprana del cáncer de mama y cuello uterino, una enfermedad que puede ser más tratable si se detecta en etapas iniciales. El autoexamen permite a las mujeres familiarizarse con sus senos y detectar cambios inusuales. La citología, o biopsia, se realiza cuando se detecta una anomalía y permite obtener una muestra de tejido para su análisis

OBJETIVO DE LA SISTEMATIZACIÓN

Identificación de dificultades: se presentaron dificultades de tipo climático aumento de lluvias, y con difícil estado de las vías en zona rural del microterritorio.

Logros: Desarrollar los encuentros en la fechas y horarios estipulados, asimismo que las actividades hayan generado empatía, aceptación en los participantes.

RECOMENDACIONES

Brindar más capacitaciones de este tema de detección temprana de signos y síntomas asociados a cáncer mama y cuello uterino con el fin de detectar diagnosticar y tratar eficaz y oportunamente este tipo de enfermedad. Ya que el cáncer de mama continúa siendo un flagelo para la salud de la mujer. Su detección temprana es una garantía para lograr su erradicación y garantizar mejor calidad de vida a quien lo padezca. La realización del autoexamen de mamas juega un importante papel en este sentido, sin embargo, no es una práctica común entre las mujeres.

CONCLUSIÓN

Finalmente, según la ejecución de este proyecto, puedo concluir que este tipo de intervenciones son determinantes para promover conciencia en mujeres sobre el cáncer de mama se detecta tempranamente, se establece un diagnóstico adecuado, y se dispone de tratamiento para actuar de manera inmediata y efectiva, incrementa las posibilidades de curación. La mujer realiza palpación una vez al mes de sus propios senos buscando anomalías en su tamaño o forma. La realización regular de este autoexamen familiariza a la mujer con la consistencia usual de sus mamas y permitirá la identificación de nódulos o masas de forma más sencilla. Además, el cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte por cáncer entre mujeres de 30 a 59 años. La mortalidad por cáncer de cuello uterino está asociada a condiciones socioeconómicas desfavorables, encontrándose un mayor riesgo de mortalidad en regiones rurales dispersas, con bajo acceso a los servicios de salud y en grupos de menor nivel educativo.

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS	ACTA DE CONCERTACIÓN	pic
	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. S S-005-2025	

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 12 del mes 09 del año 2025 se reunieron Ana Martinez Suarez representante de la ESE CAMU LOS CÒRDOBA. Enfermera y Yadis Cervantes Martinez representante de Comunidad. Nueva Esperanza de la zona rural del municipio de P. Escondido. :con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N°005 celebrado entre la ESE CAMU LOS CÒRDOBAS y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Eje / dimensión	Fecha propuesta	Necesidad de apoyo logístico	Necesidad de talento humano	Observaciones
Taller manual Auto examen de mama	Atención Primaria Salud.	15-09/2025	mamas didactico Rotafolio	Enfermera	Ninguna

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

Nombre:	Yadis Cervantes Martinez	Nombre:	Ana Martinez Suarez
Cedula de ciudadanía:	1133824175	Cedula de ciudadanía:	1064983589
Entidad:	comunidad.	Entidad:	ESE Camu los Cordobas
Numero de contacto	3105499078	Numero de contacto	3126768800.
Firma:	Yadis.	Firma:	

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud · Gobernación de Córdoba	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Nueva Esperanza	Hora de Inicio: 3:00pm
Fecha 15/09/2025	Hora de Finalización: 5:00pm

Objetivo(s) de la Reunión

Desarrollar taller mensual de autoexamen de mama dirigido a mujeres del corregimiento para fortalecer Conocimientos.

Desarrollo de la Reunión

1. Saludo formal y presentacion del equipo de Trabajo Pic 2025
2. Socializacion a los participantes de finalidad y objetivo del encuentro
3. Sondeo previo de preguntas inicuales sobre la Tematica de autoexamen mama
4. uso de Rotafolio y mamas didacticos para desarrollo de la Tematica.
5. Toma evidencias fotograficas y Cierre

Conclusiones

Este proyecto se Considera importante Satisfactorio eficaz, pertinente, de impacto positivo, Completo Con lo propuesto

Recomendaciones

Generar espacios de este tipo de informacion en Salud en cada Pic., para fortalecer estos conocimientos en las diferentes actividades.

Responsables de la Actividad

Ana P. Martinez Suaza

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS
Te Cuidamos con la Salud

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Yadis Cervantes, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1133824175, en Representación del Comunidad, certifico que la ESE CAMU LOS CÒRDOBAS realizó Caldo, entrega mama, en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Puerto Escondido a los 15 días del mes de 09 de 2025

FIRMA: Yadis Cervantes Martinez
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1133824175
CELULAR: 3105499078

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025

pic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atención Primaria Salud

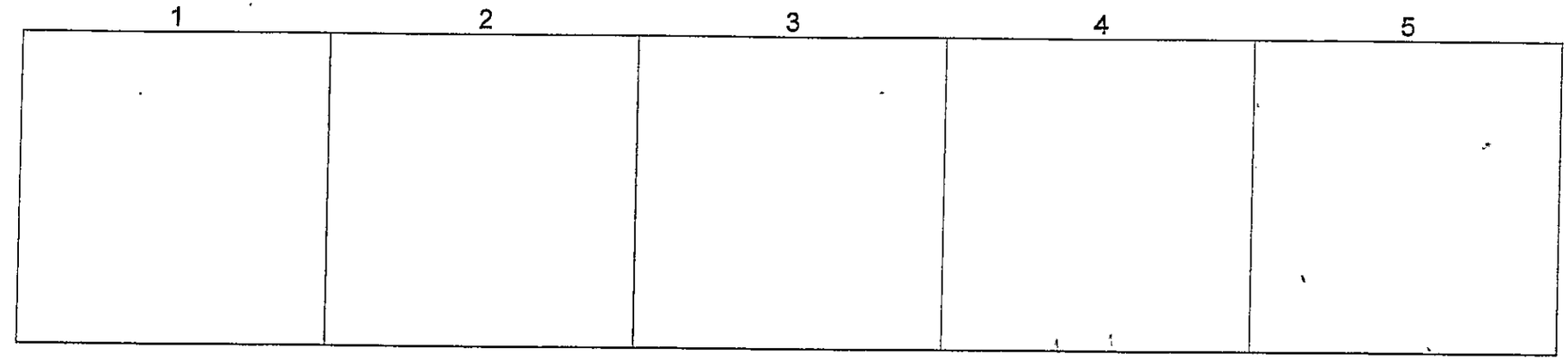
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Taller Mensual autoexamen mama

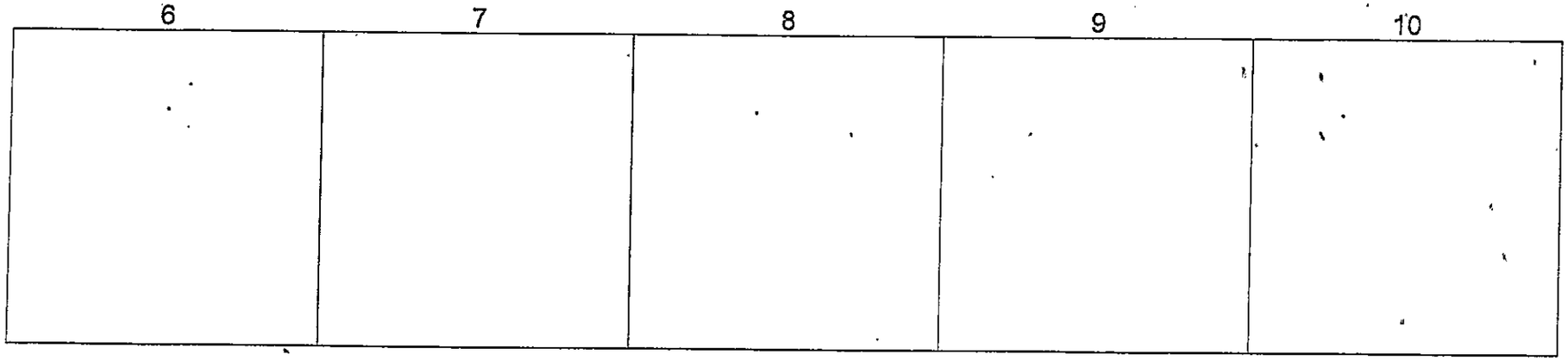
DIA:	15	MES:	09	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Aldea Esperanza	ZONA:	rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Ivis Aida Barrio Hestra	CC	1064314760	3185512117	18	F	M		—	—	—	—	—	—	X	X				X			X		Ivis Aida Barrio
2	Anidis Patricia Palacio Hoyos	CC	1037694998	3145191821	33	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X				X			X		
3	Isabel Marquez Espitia	CC	1062538309	3127111780	18	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X				X			X		Isabel Marquez
4	Camila AN Gonzalez Osorio	CC	1064308858	-	29	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X				X			X		Camila G.
5	Nilys de Padilla Bolaño	CC	1064311560	-	22	F	M		—	—	—	—	—	—	X	X				X			X		Nilys Padilla
6	Gabriela Posada Perez	CC	1068443287	3187501722	36	F	M	—	—	—	—	—		—	X	X				X			X		Gabriela Posada
7	Arnolis de Posso Contreras	CC	26153598	-	23	F	M		—	—	—	—	—	—	X	X				X			X		Arnolis Posso
8	Lidia de Correa Osorio	CC	50899366	3122231497	22	F	M		—	—	—	—	—	—	X	X				X			X		Lidia Correa
9	Linejs de Jesus Ricardo Tijerino	CC	50957943	3116222192	28	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X				X			X		Linejs Ricardo
10	Marlis Nadia Mendez Montes	CC	50981783	—	47	F	M	—	—	—	—	—	—	—	X	X				X			—		

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS	ORMATO DE ASISTENCIA CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

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





E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atención Primaria Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Taller mensual Autoexamen mama

DIA:	15	MES:	09	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Nueva Esperanza	ZONA:	rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Yanira Torres Alvarez	CC	1064.33458	3176895884	33	f	m								X	x				X			X		Yanira Torres
2	Deysi Yaqueline Castro	CC	1069308893	3167628	40	f	m.								X	X				X			X		Deysi Aguilar
3	Sofia Avila L.	CC	26153334	—	59	f	m.								X	X				X			X		X Sofia Avila
4	Rafaela Rojas	CC	1003420997	3—	60	f	m								X	X				X			X		X Rafaela Rojas
5	Reina Anaya Pérez	CC	33733964	3188039	74	f	m								X	X				X			X		X Reina Anaya Pérez
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS	ORMATO DE ASISTENCIA	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud — GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-005-2025	

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

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS:

TALLER MENSUAL RURAL N#5

Lugar:	Nueva Esperanza
Fecha:	15 Septiembre 2025 hora: 09:00am
Personas Intervenidas:	Mujeres
EJE ESTRATEGICO	ATENCIÒN PRIMARIA EN SALUD





GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU
LOS CÓRDOBAS



