

Barranquilla, julio de 2026

Doctora:
LAURA VANESSA CASTELLAR DIAZ
Oficina Salud Publica
Interventor

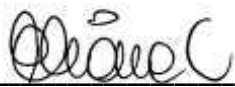
ASUNTO: Informe de gestión de las actividades realizadas en virtud del contrato de prestación de servicios PROFESIONALES PARA ACOMPAÑAR LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN LA OFICINA DE SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA.

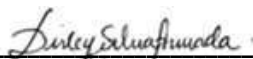
Contrato N° CD – 11-2026-6624 correspondiente al sexto pago del 30 de junio al 29 de julio de 2026.

OBLIGACION CONTRACTUAL	PRODUCTO
Asesorar y asistir profesionalmente a la entidad en la coordinación y realización de los eventos de interés de la oficina de salud pública	Durante este periodo apoyé con la revisión de los soportes en las visitas de Inspección y Vigilancia a las Empresas Administradoras de planes de Beneficios (EAPB) EPS SANITAS S.A.S 29-07-2026.
Realizar socializaciones y seguimiento a la población de las diferentes estrategias de la oficina de salud pública	Durante este periodo participé y realicé seguimiento a la Jornada Nacional “Soy Generación más Sonriente” (SGMS) desarrollada en el Comedor Comunitario ubicado en el IED Alfonso López): 25/07/2026
Realizar visitas de asistencia técnica a las IPS e la Red Pública y privada con el fin de garantizar el manejo oportuno, integral y adecuado a los casos identificados en los diferentes eventos de salud pública.	Durante este periodo participé en la asistencia técnica sobre los Lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y la Protección Social para los Programas de Salud Bucal en el siguiente prestador: ✓ Asistencias técnica PASO Santo Domingo de las América: 09-07-2026 ✓ Asistencia técnica EAPB Mutual Ser EPS: 22-07-2026 ✓ Asistencia técnica CAMINO Bosques de María: 29-07-2026
Realización de actas e informes referentes a las diferentes actividades y reuniones donde sea requerido	Durante este periodo apoyé en la actualización del drive del Programa Salud Bucal y en la elaboración del informe de las visitas de las asistencias técnicas realizadas
Realizar el 100% de las actividades administrativas y asistenciales del programa de las diferentes estrategias de la oficina de salud pública y demás actividades relacionadas con el objeto contractual que se requiera	Durante este período participé realizando acompañamiento y brindando educación en cuidados para la salud bucal en la siguiente jornada de salud: ✓ Jornada de Salud Bucal en Comedores Comunitarios en articulación con la Oficina de Gerencia de Ciudad y Colgate (IED Carlos Meisel): 11/07/2026 ✓ Jornada de Salud Feria de Servicios Vamos Pal Barrio Alcaldía de Barranquilla, en el barrio El Bosque: 24/07/2026 ✓ Jornada de Salud Bucal en Comedores Comunitarios en articulación con la Oficina de Gerencia de Ciudad y Colgate (IED Alfonso López – Barrio Rebolo):

	25/07/2026
Las demás que le sean asignadas en virtud de sus competencias, para el alcance de las metas de los proyectos, programas y el cumplimiento de los fines misionales de la Secretaría Distrital de Salud.	Asistí y Participo en las siguientes reuniones y capacitaciones: ✓ Reunión del equipo del Programa Salud Bucal de la SDS (Evaluación de actividades de junio y coordinación actividades para el mes de julio): 06-07-2026 ✓ Reunión virtual del programa de salud bucal (socialización del nuevo instrumento de consolidación de todas las EAPB): 14-07-2026 ✓ Comité Odontológicos MIREDA IPS 15-07-2026 ✓ Capacitaciones Agentes Educativos EAPB Mutua Ser EPS. 22-07-2026 ✓ Capacitación brindada por el MSPS "Webinar Conocimiento y Gestión para el Cuidado de la Salud Bucal" (Sesión virtual por Teams): 22 y 23/07/2026

Atentamente,


ELIANA CÁRCAMO GONZÁLEZ
CC. 32.775.628


VºBº DIRLEY K. SILVA AHUMADA
Referente Programa Salud Bucal SDS

ACTA DE REUNIÓN

ACTA N° _____			
Fecha (DD/MM/AA)	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN	LUGAR
06 / 07 / 26	8:00 a.m	10:30 a.m.	Auditorio Salud Publica

ASISTENTES	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
Dirley silva	Referente Programa de Salud Bucal	Secretaria Distrital de Salud	Se anexa listado de Asistencia
Eliana Cárcamo	Profesional de apoyo	Secretaria Distrital de Salud	
Jesús Barrios	Profesional de apoyo	Secretaria Distrital de Salud	
José Contreras	Profesional de apoyo	Secretaria Distrital de Salud	
Karoll Garrido	Profesional de apoyo	Secretaria Distrital de Salud	
Marla Almenárez	Profesional de apoyo	Secretaria Distrital de Salud	
Pamela Rosales	Profesional de apoyo	Secretaria Distrital de Salud	
Sirly Fontanilla	Profesional de apoyo	Secretaria Distrital de Salud	
Stefany Herazo	Higienista	Secretaria Distrital de Salud	

OBJETIVO DE LA REUNIÓN
Realizar el seguimiento al cumplimiento de las actividades del Programa de Salud Bucal, evaluando el avance de las asistencias técnicas a las IPS y EAPB, la ejecución de la estrategia Soy Generación Más Sonriente, y planificar las acciones programadas para el mes de julio de 2026, mediante la definición de compromisos, responsables y cronogramas que fortalezcan la implementación de las estrategias y el cumplimiento de las metas institucionales.

TEMAS A TRATAR	
1	Seguimiento al cumplimiento de las asistencias técnicas y de las visitas de seguimiento de la estrategia Soy Generación Más Sonriente (SGMS).
2	Programación de las asistencias técnicas y capacitaciones del mes de julio de 2026.
3	Planeación de la jornada nacional de la estrategia Soy Generación Más Sonriente en articulación con el PAL.
4	Planeación de la capacitación dirigida al equipo de salud bucal de MiRed IPS sobre el uso controlado del flúor.
5	Definición de compromisos y asuntos varios.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
1. Seguimiento a las visitas de asistencia técnica: Durante la revisión del avance de las actividades ejecutadas por los profesionales del Programa de Salud Bucal, se verificó el estado de cumplimiento de las asistencias técnicas programadas y de las visitas correspondientes a la estrategia Soy Generación Más Sonriente (SGMS), obteniéndose el siguiente balance: Eliana Cárcamo: dos (2) asistencias técnicas pendientes. SGMS: cinco (5) visitas realizadas en marzo y ocho (8) en junio de 2026. Jesús Barrios: dos (2) asistencias técnicas pendientes. SGMS: cumplimiento total de las visitas programadas en marzo; en junio no realizó visitas debido a incapacidad médica. José Contreras: una (1) asistencia técnica pendiente. SGMS: ocho (8) visitas en marzo y una (1) pendiente en junio. Karoll Garrido: dos (2) asistencias técnicas pendientes. SGMS: tres (3) visitas en marzo y cumplimiento total en junio.

ACTA DE REUNIÓN

Marla Almenárez: cuatro (4) asistencias técnicas pendientes. SGMS: ocho (8) visitas en marzo y siete (7) en junio.
Pamela Rosado: tres (3) asistencias técnicas pendientes. SGMS: cinco (5) visitas en marzo y siete (7) en junio.
Sirly Fontanilla: una (1) asistencia técnica pendiente. SGMS: cumplimiento total de las visitas programadas en marzo y junio.

Se registró un total de catorce (14) asistencias técnicas pendientes.

La referente del programa recordó que, de acuerdo con el Plan de Acción del Programa de Salud Bucal, las asistencias técnicas constituyen una actividad prioritaria y deben anteceder y complementar las visitas de inspección y vigilancia.

Asimismo, se destacó que durante las asistencias técnicas se ha fortalecido la socialización de la estrategia Soy Generación Más Sonriente y la importancia de la atención odontológica de la gestante, identificándose oportunidades de mejora en varios prestadores.

Como resultado, se acordó que cada profesional elaborará un informe ejecutivo en el que se describan las asistencias técnicas realizadas, los temas abordados y las debilidades identificadas en cada prestador. Esta información servirá como insumo para orientar las acciones de fortalecimiento y el seguimiento posterior.

Igualmente, se precisó que las visitas de seguimiento a prestadores previamente intervenidos deberán enfocarse en verificar el cumplimiento de las recomendaciones emitidas, documentando los avances alcanzados y dejando los soportes correspondientes para la retroalimentación a los coordinadores de las IPS y EAPB.

2. Programación de las asistencias técnicas del mes de julio

Se informó que en Vital Salud IPS se han desarrollado tres (3) asistencias técnicas. En relación con Virrey Solís IPS, se indicó que la asistencia técnica se encuentra pendiente de confirmación de fecha y horario, solicitud que ya fue remitida a la institución. Una vez se reciba la respuesta, la referente informará oportunamente al equipo.

Se reiteró que estas actividades deben estar dirigidas no solo al coordinador del servicio, sino a todo el equipo asistencial de odontología, con el propósito de fortalecer las competencias de todos los profesionales involucrados.

Respecto a Mutual Ser EPS, se recordó que la asistencia técnica se realizará el 22 de julio de 2026, dirigida a los agentes educativos que desarrollan actividades comunitarias casa a casa. Se asignó a los profesionales Eliana Cárcamo y Jesús Barrios la planificación y preparación de la actividad, tomando como referencia las estrategias pedagógicas implementadas durante el año anterior con jóvenes líderes y privilegiando metodologías lúdicas y participativas.

Finalmente, se resaltó la importancia de aprovechar los comités de odontología como escenarios para la actualización y fortalecimiento técnico del talento humano.

3. Jornadas de la estrategia Soy Generación Más Sonriente

Se recordó que durante el mes de julio de 2026 se desarrollará la jornada de la estrategia Soy Generación Más Sonriente en articulación con el Programa Ampliado de Inmunización (PAI).

Quedó pendiente la confirmación, por parte de la coordinación del PAI, de la modalidad bajo la cual se ejecutarán las jornadas, con el fin de planificar oportunamente la logística y la distribución del talento humano.

ACTA DE REUNIÓN

De igual manera, se indicó que las actividades programadas en comedores comunitarios han presentado modificaciones frecuentes en sus fechas, razón por la cual se enfatizó la necesidad de mantener una coordinación permanente con los responsables para evitar contratiempos.

4. Capacitación dirigida al equipo de salud bucal de MIRED IPS sobre lineamientos para el uso controlado del flúor

Se indicó que la presentación existente correspondiente a la capacitación sobre lineamientos para el uso del flúor requiere actualización.

La referente informó que el evento asociado al flúor dejó de ser de notificación obligatoria, dado que el Instituto Nacional de Salud lo retiró del listado de eventos sujetos a vigilancia obligatoria, dejando a criterio de cada entidad territorial su seguimiento. En el caso del Distrito de Barranquilla, aunque no se realiza notificación obligatoria, sí se mantiene el seguimiento al indicador correspondiente. En consecuencia, se acordó eliminar de la presentación toda referencia relacionada con la notificación obligatoria.

Se definió que la capacitación incluirá los siguientes contenidos:

- Beneficios del flúor y diferencias entre sus dosis y presentaciones clínicas.
- Lineamientos para el uso y control del flúor contemplados en la lista de chequeo.
- Toxicidad del flúor.
- Diagnóstico diferencial de la fluorosis.

Asimismo, se recordó que, conforme a los lineamientos de la estrategia Soy Generación Más Sonriente y a las orientaciones impartidas por la referente nacional, el algoritmo de monitoreo reconoce como válidas las aplicaciones realizadas con un intervalo de 180 a 215 días. Por esta razón, deberá enfatizarse a los prestadores que la aplicación realizada durante el primer semestre corresponde a la primera dosis anual y la del segundo semestre a la segunda dosis; de lo contrario, el usuario no será contabilizado como cubierto para efectos del indicador.

Finalmente, se asignó a las profesionales Karoll Garrido y Eliana Cárcamo la revisión y actualización de la presentación, procurando que el material sea práctico, dinámico y visualmente atractivo para la capacitación programada con el comité odontológico de MIRED IPS.

5. Varios

Se acordó asignar a la profesional Karoll Garrido al comedor comunitario donde inicialmente se desarrollará la actividad de Colgate, considerando su proceso de lactancia y con el fin de facilitar las condiciones necesarias para el desarrollo de la jornada.

Igualmente, se estableció que, en adelante, la fecha de la reunión mensual será definida durante cada sesión, con el propósito de que todos los integrantes del Programa de Salud Bucal puedan organizar oportunamente sus agendas y garantizar su participación.

COMPROMISOS	FECHA DE CONTROL	RESPONSABLE
Verificar que en la carpeta compartida de Drive se encuentren cargadas y actualizadas todas las bases de datos de las visitas a EAPB, debidamente diligenciadas, incluyendo las listas semaforizadas.	10/07/2026	Profesionales de apoyo del Programa Salud Bucal

ACTA DE REUNIÓN

Elaborar informe ejecutivo de las visitas de asistencia técnica realizadas, describiendo las IPS visitadas, los temas abordados y las falencias identificadas en cada prestador.	5 días antes de la finalización de su contrato.	Profesionales de apoyo del Programa Salud Bucal
Revisar y actualizar la presentación de la capacitación del comité odontológico MIREN IPS sobre los lineamientos para el uso controlado del flúor.	15/07/26	Karoll Garrido y Eliana Cárcamo
Preparar la capacitación con enfoque lúdico dirigida a los agentes educativos de Mutual Ser EPS.	22/07/26	Eliana Cárcamo y Jesús Barrios
Confirmar el horario de la asistencia técnica en Virrey Solís IPS e informarlo al equipo.	08/07/2026	Referente del Programa Salud Bucal
Confirmar con la coordinación del PAI la jornada nacional del mes de julio	14/07/2026	Referente del Programa Salud Bucal

REGISTRO DE ASISTENCIA A EVENTOS SALUD PUBLICA

Código: MM-GD-SS-F-262

Fecha: 06-07-26		Hora: 8 AM		Intensidad horaria: 2:00 horas.			
Tipo evento:				Tema: EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES DEL MES DE JUNIO - PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL MES DE JULIO			
Interno: ☒	Externo: ☐	Capacitación ☐	Reunión ☒				
		Comité ☐	Otro cual: ☐				
Objetivo: Realizar el seguimiento de las actividades de Programa de Salud Bucal.				Facilitador: Dinky Silva Ahumada			
No.	Nombres y apellidos	Cédula	Dependencia	Cargo	Celular	Correo electrónico	Firma
1	María Almenarez	22467511	SDS	Prof. de Apoyo	3008044919	odulcia.almenarez@gmail.com	[Firma]
2	Karel Garrido S	1045717703	S.D.S.	Prof. de Apoyo	3173383398	Karlgarrido5@gmail.com	[Firma]
3	Stefany Herazo	30804357	S.D.S.	Higienista	3045950480	stefanyherazoherazo@gmail.com	[Firma]
4	Eliona Corcamo G	32775688	SDS	Profesional Apoyo	3145088968	elionacorcamos@gmail.com	[Firma]
5	Sally Fontanilla	22521212	SDS	Profesional Apoyo	3114291598	sallyfontanilla@gmail.com	[Firma]
6	Pamela Rosado	22461442	S.D.S.	Profesional Apoyo	3004700267	saludbucalpamela@gmail.com	[Firma]
7	José Constanza Giza	100825851	SDS	Prof. Apoyo	315533682	josconza@gmail.com	[Firma]
8	Jessy Briz Briz	1095670971	SDS	Prof. Apoyo	3007065803	jessbrizbriz@gmail.com	[Firma]
9	Dulcy Silva Ahumada	22519714	Sec. Distrital de Salud	Prof. Universitario	3012204288	feribzabarranquillago@gmail.com	[Firma]
10	—	—	—	—	—	—	—
11	—	—	—	—	—	—	—
12	—	—	—	—	—	—	—
13	—	—	—	—	—	—	—
14	—	—	—	—	—	—	—
15	—	—	—	—	—	—	—
16	—	—	—	—	—	—	—

Autorizo a la Alcaldía Distrital de Barranquilla el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

Fecha de Aprobación: 10/02/2025



ACTA DE VISITA OFICINA SALUD PÚBLICA
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

Fecha (DD/MM/AA): 09-07-26	Lugar: Paso Sanbdomingo de las Americas
	Hora: 7:35 am

PARTICIPANTES

No.	Nombre	Dependencia	Cargo	Firma
1	Leyanis Miranda	Mi Ded	Odontólogo	Leyanis Miranda
2	Angelis Romero	Mi Ded	Higienista	Angelis Romero
3	Elisno Carera	SDS	Profesional Apoyo	Elisno Carera
4	—	—	—	—

DESARROLLO DE LA VISITA

Siendo las 7:40 am del 9 de julio de 2026, nos reunimos en las instalaciones de la FPS con motivo de replicar Asistencia Técnica al equipo del programa de Odontología, reforzando conocimientos en el lineamiento técnico y operativo de la Fula Integral de Atención en Salud (3280 de 2018) y sobre los orientaciones para valoración, registro y reporte del COP por persona.

Se evidenciará conocimiento y manejo de la Fula Integral en Salud, por cursos de vida.

Se les recuerda la importancia de la atención a las pestantes antes de las 34 semanas para garantizar el cumplimiento de la prestación de los mismos.

Se les recuerda al equipo de Odontología, la próxima fecha de SEMS articulada con PAI el sábado 25 de julio de 2026.

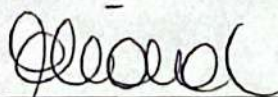
Se evidenciará buen manejo y conocimiento por parte de los odontólogos en todo lo relacionado con el manejo del COP identificando anteriores como:

- Canes no convencional
- Canes convencional
- Sanos
- Obturados por canes

- Perdidos por canes - Total dientes presentes.
Se les reitera el compromiso y disposición
del equipo del Programa de Salud Bucal
para cualquier Asistencia Técnica que requieran

COMPROMISOS

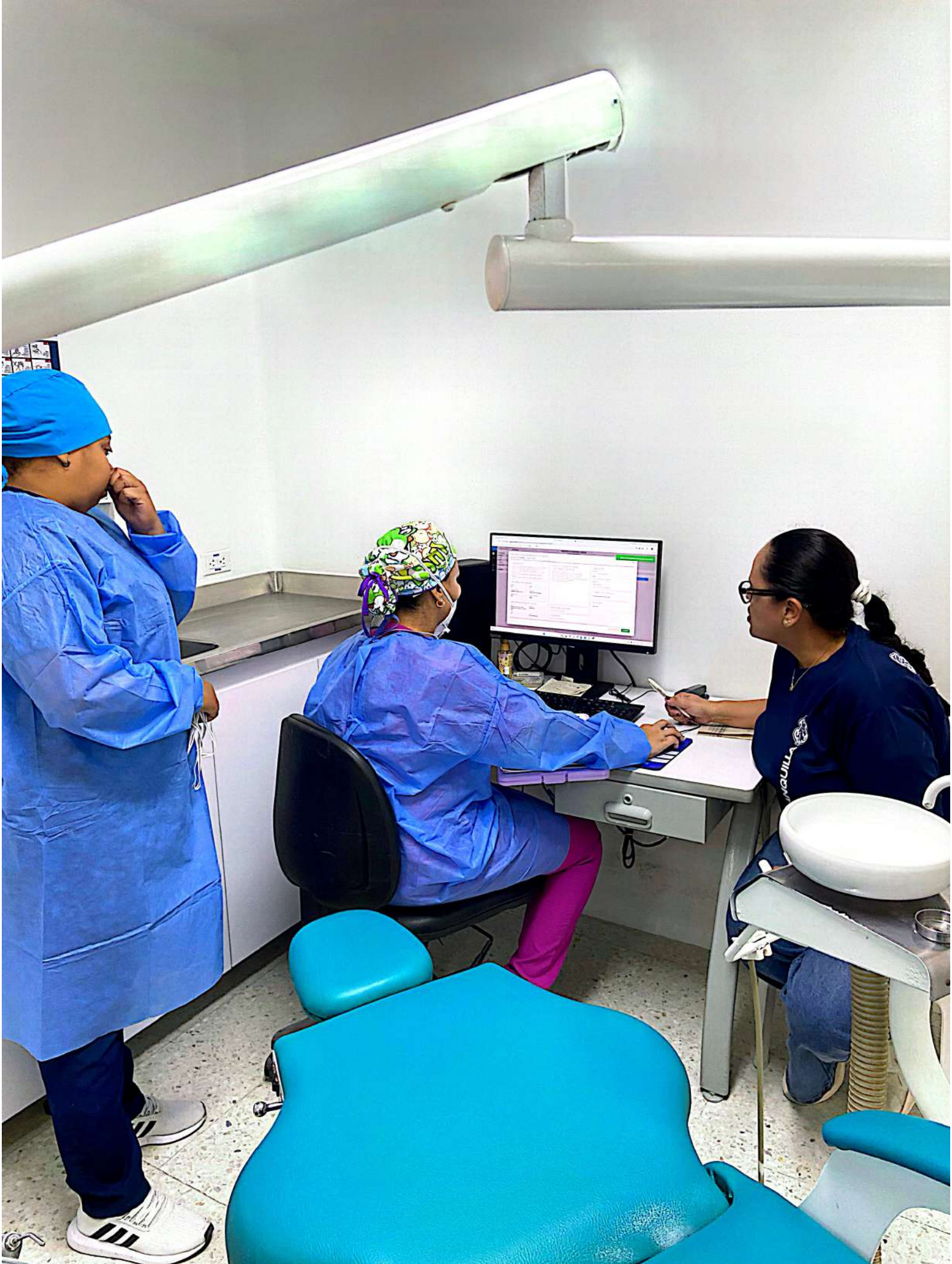
- Garantizar la ejecución de las intervenciones
individuales a los que tienen derecho los
usuarios de acuerdo al curso de vida.
- Diligenciar correctamente los (cris) criterios
de diagnóstico de acuerdo al COP.



REPRESENTANTE DE LA SECRETARÍA
DISTRITAL DE SALUD

Annelis Romero Julio

REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN
Leyanis Miranda.



ACTA DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES SALUD PÚBLICA
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

CODIGO: MM-GD-SS-F-333

Fecha: 11-07-26	Lugar: Comedor Carlos Heisel
	Hora: 7:00 am - 12:00 m.

No.	Nombre	Dependencia	Cargo	Firma
1	Kelly Ramos	(Lider)	Lider	Kelly Ramos
2	Korday Janus	Hi Ded	Higienista	Korday Janus
3	Dosibel Garces	SDS	Profesional Apoyo	Dosibel Garces
4	Stefany Herrozo	SDS	Higienista	Stefany Herrozo
	Jesús Zamora	SDS	Profesional Apoyo	Jesús Zamora
	Elina Garces	SDS	Profesional Apoyo	Elina Garces

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

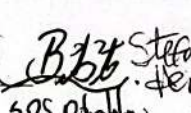
El Programa de Salud Bucal de la Secretaría Distrital de Salud participó en la jornada ubicada en el barrio Carlos Heisel, localidad Suoccidente en las instalaciones del Hefocolepio Carlos Heisel dirigido a niñas entre los 7 y 17 años asistentes al comedor comunitario. Durante la jornada contamos con la participación del Programa de Salud Bucal, Hi Ded FPS, Oficina de Terminal de Transporte - Primer Infancia y Colgate quienes brindaron Educación en Salud Bucal y obsequiaron kits de cuidados bucodental. Entre los temas tratados estuvieron:

- Técnicas de cepillado
- Utilización de seda dental
- Cuidados posteriores a la aplicación del fluor en barniz.

Menores fluorizados 52 y 90 educados. Padres y/o cuidadores educados 31.

COMPROMISOS

- Ser multiplicadores de la información suministrada.
- Seguir las recomendaciones posteriores a la aplicación del fluor en barniz.

 REPRESENTANTE DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
 505 Obispo
 REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN

ASISTENCIA EVENTOS EXTERNOS

TIPO DE EVENTO:

TEMA A TRATAR:

FECHA DE REALIZACIÓN:

FACILITADOR:

Jornada Salud Bucal Comedor Carlos Nisiel
Educación para la Salud Bucal
11-07-26
Programa Salud Bucal - SDS - Mi DSD PS-
Cajacopi - Terminal de Transporte

DIRECCIÓN:

LUGAR:

LOCALIDAD:

HORA:

Calle 74 + 24-137
Mesa Colegio Carlos Nisiel
Suboccidente
7:00 am - 12:00 m

No	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CURSO DE VIDA	TÉLEFONO	SEXO	ETNIA	GRUPO VULNERABLE	ORGANIZACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	E Darley Gutierrez Tobías	1194986223	X	3147772226	1	5	7	Salud Total	—	Leidy
2	E Danielys Gutierrez Tobías	1081843505	X	3147772226	1	5	7	Salud Total	—	Leidy
3	E Leidy Tobías Pérez	22586615		3147772226	1	5	7	Salud Total	—	Leidy
4	• Mateo Martínez Calzad	1240303805	X	3001649560	2	5	7	Cajacopi	—	Marjuri
5	E Marjuri Calzad Góme	1113196329		3001649560	1	5	7	Cajacopi	—	Marjuri
6	E Elizaveth Guerrero Páiz	1245747683	X	3108423662	1	5	7	Uwep EPS	—	Kelydora
7	• Elías Guerrero Hernández	1194984228	X	3108423662	2	5	7	Uwep EPS	—	Kelydora
8	• Sharon Cano Zubiré	1194972034	X	3007668708	1	5	7	Uwep EPS	—	Kelydora
9	• Emma García Martínez	1046736021	X	3205465217	1	5	7	Suro	—	Batista Jim
10	• Annie García Martínez	1044226079	X	3205465217	1	5	7	Suro	—	Batista Jim
11	• María Palmett Turiso	1048086956	X	3205465217	1	5	7	Suro	—	Batista Jim
12	• Silvana Steffanell Turiso	1046743342	X	3205465217	1	5	7	Suro	—	Batista Jim
13	E Beatriz Jirener López	32219013		3205465217	1	5	7	Polici	—	Batista Jim
14	E John Calderon Carder	6068127	X	3015828133	2	5	6	Muhad Ser	—	Batista
15	E Aranzo Calderon Carder	6068087	X	3015828133	1	5	6	Muhad Ser	—	Batista

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS Las personas que firmamos el presente documento autorizamos el uso de imágenes y datos, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 de Ministerio de Comercio, Decreto Distrital 0010 de 2019 y demás normas concordantes, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la Alcaldía Distrital de Barranquilla para tal fin.

Para CURSO DE VIDA

Para SEXO

Para ETNIA

Para GRUPO VULNERABLE

Marque con una X en la casilla: 1 = (0-5 años), 2 = (6 a 11 años), 3 = (12 a 17 años), 4 = (18 a 28 años), 5 = (29 a 59 años), 6 = (60 años o más)

Marque con una X en la casilla: (1 = Femenino), (2 = Masculino), (3 = LGBTI)

Marque con una X en la casilla: (1 = AFRODESCENDIENTES), (2 = INDIGENA), (3 = RAIZAL), (4 = ROM - GITANO -), (5 = OTRO).

Marque con el número correspondiente: (1=DISCAPACITADO), (2= DESPLAZADO), (3= DESMOVILIZADO), (4= PRIVADO DE LA LIBERTAD), (5= REINSERTADO), (6=MIGRANTE), (7 OTROS).

Fecha de Aprobación: 01/08/2024

Versión 2.4

ASISTENCIA EVENTOS EXTERNOS

TIPO DE EVENTO:

TEMA A TRATAR:

FECHA DE REALIZACIÓN:

FACILITADOR:

Jornada Salud Bucal Comedor Carlos Meisel
Educación para la Salud Bucal
11-07-26
Programa Salud Bucal - SDS - Mi Dado FPI -
Calpale - Terminal de Transporte

DIRECCIÓN:

LUGAR:

LOCALIDAD:

HORA:

Calle 74 # 24-137
Nepocolega Carlos Meisel
Suroccidente
7:00 am - 12:00 m

No	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CURSO DE VIDA	TÉLEFONO	SEXO	ETNIA	GRUPO VULNERABLE	ORGANIZACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	• Alejandro Hernandez Ramos	1143265788	1 X 3 4 5 6	3011587726	1	(7)5	7	Mutual Ser	—	Doris Ramos
2	• Alejandro Hernandez Ramos	1044224309	X	3011587726	2	5	7	Mutual Ser	—	Doris Ramos
3	E Doris Ramos Salcedo	1045718115	X	3011587726	1	5	7	Mutual Ser	—	Doris Ramos
4	E María Torres Rodríguez	1194979870	X	3245825918	1	5	7	Mutual Ser	—	Yessica Rodriguez
5	E Yesseniz Rodríguez Sandoz	22519240	X	3245825918	1	5	7	Mutual Ser	—	Yessica Rodriguez
6	E Daidys Sierra Ruiz	1240305542	X	3002380392	1	5	7	Mutual Ser	—	Xina Sierra
7	E Xendy Sierra Ruiz	1193540797	X	3002380392	1	5	7	Mutual Ser	—	Xina Sierra
8	• Gianni Rubio Perez	1046743068	X	3001783728	2	5	7	Mutual Ser	—	Paulina Perez
9	E Mip Diaz Sandoz	1240501721	X	3005445470	1	5	7	Mutual Ser	—	Jeliamy
10	E Veliamys Sandoz Pedro	7978482	X	3005445470	1	5	6	Mutual Ser	—	Jeliamy
11	• Dailany Acosta Espino	1042268764	X	3226776648	1	5	7	Mutual Ser	—	Juana M.P.
12	• Jireth Carrillo Acosta	1194969132	X	3197986569	1	5	7	Coosrud	—	Juana M.P.
13	E Briang Galvan Andrade	1046717109	X	3023550223	1	5	7	Muev EPS	—	Juana M.P.
14	• Milan Castro Andrade	1194972891	X	3008782478	2	5	7	Salud Total	—	Juana M.P.
15	• Millian Castro Andrade	1043489573	X	3008782478	2	5	7	Salud Total	—	Juana M.P.

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS Las personas que firmamos el presente documento autorizamos el uso de imágenes y datos, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 de Ministerio de Comercio, Decreto Distrital 0010 de 2019 y demás normas concordantes, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la Alcaldía Distrital de Barranquilla para tal fin.

Para CURSO DE VIDA

Para SEXO

Para ETNIA

Para GRUPO VULNERABLE

Marque con una X en la casilla: 1 = (0-5 años), 2 = (6 a 11 años), 3 = (12 a 17 años), 4 = (18 a 28 años), 5 = (29 a 59 años), 6 = (60 años o más)

Marque con una X en la casilla: (1 = Femenino), (2 = Masculino), (3 = LGTB)

Marque con una X en la casilla: (1 = AFRODESCENDIENTES), (2 = INDÍGENA), (3 = RAIZAL), (4 = ROM - GITANO -), (5 = OTRO).

Marque con el número correspondiente: (1 = DISCAPACITADO), (2 = DESPLAZADO), (3 = DESMOVILIZADO), (4 = PRIVADO DE LA LIBERTAD), (5 = REINSERTADO), (6 = MIGRANTE), (7 = OTROS).

Fecha de Aprobación: 01/08/2024

Versión 2.4

Página 1 de 1

Calle 34 No. 43-31 Barranquilla, Colombia

BARRANQUILLA.GOV.CO

ASISTENCIA EVENTOS EXTERNOS

TIPO DE EVENTO: Torneo de Salud Bucal Conductor Carlos Meisel
TEMA A TRATAR: Educación para la Salud Bucal
FECHA DE REALIZACIÓN: 11-07-26
FACILITADOR: Proyecto Salud Bucal - SDS - Mi Dado FPS -
Colpale - Terminal de Transporte

DIRECCIÓN: Calle 74 # 24-137
LUGAR: Mapa Colegio Carlos Meisel
LOCALIDAD: Suroccidente
HORA: 7:00 am - 12:00 m

No	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CURSO DE VIDA	TÉLEFONO	SEXO	ETNIA	GRUPO VULNERABLE	ORGANIZACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	• Franza Pérez Montenegro	1194976756	1 X 3 4 5 6	3244513138	1	S	7	Surp (c)	—	Valentina H.
2	E Valantino Montenegro Maldonado	1045138502		3244513138	1	S	7	Coosolud	—	Valentina H.
3	• Jesús Gil Amiel	1047062930	X	3022998839	2	S	7	Salud Total	—	Estefani A.
4	• Harip Gil Amiel	1240289382	X	3022998839	1	S	7	Salud Total	—	Estefani A.
5	E Estefani Amiel Guzmán	1048494441		3022998839	1	S	7	Salud Total	—	Estefani A.
6	E Isly Chavez Pérez	1240493613	X	3001783928	1	S	7	Salud Total	—	Paulina Pérez
7	E Luro Herrero Pérez	1194975012	X	3001783928	1	S	7	Salud Total (c)	—	Paulina Pérez
8	E Paulina Pérez Flores	55300599		3001783928	1	S	7	Salud Total	—	Paulina Pérez
9	• Yineith Rodríguez Campo	1194973150	X	3504190682	1	S	7	Surp	—	Karina C.
10	• Ady Alvarado Campo	1194983884	X	3504190682	1	S	7	Surp	—	Karina C.
11	E Karina Campo Polo	1143162873		3504190682	1	S	7	Surp	—	Karina C.
12	E Gladys Cloristerón	104701759	X	3218148115	1	S	7	Cojocopi	—	Isaías
13	• Francis Almonzo Cloristerón	1042259462	X	3218148115	2	S	7	Coosolud	—	Isaías
14	• Hadasha Medrano Castro	1047064250	X	3006053677	1	S	7		—	Lu2m P.
15	E Luz Padilla Blanco	22510275		3006053677	1	S	7	Mutual Ser	—	Lu2m P.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS Las personas que firmamos el presente documento autorizamos el uso de imágenes y datos, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 de Ministerio de Comercio, Decreto Distrital 0010 de 2019 y demás normas concordantes, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la Alcaldía Distrital de Barranquilla para tal fin.

Para CURSO DE VIDA

Para SEXO

Para ETNIA

Para GRUPO VULNERABLE OTROS).

Marque con una X en la casilla: 1 = (0-5 años), 2 = (6 a 11 años), 3 = (12 a 17 años), 4 = (18 a 28 años), 5 = (29 a 59 años), 6 = (60 años o más)

Marque con una X en la casilla: (1 = Femenino), (2 = Masculino), (3 = LGBTI)

Marque con una X en la casilla: (1 = AFRODESCENDIENTES), (2 = INDÍGENA), (3 = RAIZAL), (4 = ROM - GITANO -), (5 = OTRO).

Marque con el número correspondiente: (1 = DISCAPACITADO), (2 = DESPLAZADO), (3 = DESMOVILIZADO), (4 = PRIVADO DE LA LIBERTAD), (5 = REINSERTADO), (6 = MIGRANTE), (7 = OTROS).

Fecha de Aprobación: 01/08/2024
Versión 2.4

Página 1 de 1

Calle 34 No. 43-31. Barranquilla, Colombia

BARRANQUILLA.GOV.CO

ASISTENCIA EVENTOS EXTERNOS

TIPO DE EVENTO:

TEMA A TRATAR:

FECHA DE REALIZACIÓN:

FACILITADOR:

Jornada de salud Bucal Grupos Carlos Heisel
Educación para la Salud Bucal
11-07-26
Programa Salud Bucal-SPS-Mi Ped EPS-
Calpate- Terminal de Transporte

DIRECCIÓN:

LUGAR:

LOCALIDAD:

HORA:

Calle 74 # 24-137
Hogarolepio Carlos Heisel
Suboccidente
7:00 am - 12:00 m

No	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CURSO DE VIDA						TÉLEFONO	SEXO	ETNIA	GRUPO VULNERABLE	ORGANIZACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1 E	Britney González Haradoz	6068060	1	2	3	X	5	6	3015828133	1	S	6	Mhual Ser	—	Britney
2	Yamil Hornecher Dango	1043468593	X						3105318645	2	S	7	Mhual Ser	—	Allison Romero
3 E	Maily Morillo Danero	1043476080	X						3105318645	1	S	7	Wap EPS	—	Allison Romero
4 E	Allison Danero Ruiz	1010137164			X				3105318645	1	S	7	Wap EPS	—	Allison Romero
5 E	Orbalis Pereira Martínez	1047063031	X						3053104228	1	S	7	—	—	Kelly Paez
6 E	Yulevis Morelo González	6575227	X						3053104228	1	S	(7)6	—	—	Kelly Paez
7 E	Hellen Beyer Pelajo	1194977835	X						3053104228	1	S	7	—	—	Kelly Paez
8 E	Yuli Debaldo Suarez	1194977833		X					3053104228	1	S	7	—	—	Kelly Paez
9 E	Cristhian González Bidero	1240693569	X						3053104228	2	S	7	—	—	Kelly Paez
10	Renny Cepeda Montenegro	1194973504	X						3057855870	2	S	7	Coastal	—	Laura Paez
11	Dihanna Cepeda Montenegro	1143274271	X						3057855870	1	S	7	Cajacopi	—	Laura Paez
12 E	Karen Montenegro Montenegro	1140842549			X				3057855870	1	S	7	Cajacopi	—	Laura Paez
13															
14															
15															

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS Las personas que firmamos el presente documento autorizamos el uso de imágenes y datos, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 de Ministerio de Comercio, Decreto Distrital 0010 de 2019 y demás normas concordantes, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la Alcaldía Distrital de Barranquilla para tal fin.

Para CURSO DE VIDA

Para SEXO

Para ETNIA

Para GRUPO VULNERABLE

OTROS).

Marque con una X en la casilla: 1 = (0-5 años), 2 = (6 a 11 años), 3 = (12 a 17 años), 4 = (18 a 28 años), 5 = (29 a 59 años), 6: (60 años o más)

Marque con una X en la casilla: (1 = Femenino), (2 = Masculino), (3 = LGBTI)

Marque con una X en la casilla: (1 = AFRODESCENDIENTES), (2 = INDÍGENA), (3 = RAIZAL), (4 = ROM - GITANO -), (5 = OTRO).

Marque con el número correspondiente: (1=DISCAPACITADO), (2= DESPLAZADO), (3= DESMOVILIZADO), (4= PRIVADO DE LA LIBERTAD), (5= REINSERTADO), (6 =MIGRANTE), (7

Fecha de Aprobación: 01/08/2024

Versión 2.4

ASISTENCIA EVENTOS EXTERNOS

TIPO DE EVENTO:

TEMA A TRATAR:

FECHA DE REALIZACIÓN:

FACILITADOR:

Jornada de Salud Bucal Comedor Carlos Meisel
Educación para la Salud Bucal - Fluorización
11 de Junio del 2026
Programa de Salud Bucal - SOS - M. Rul IPS
Colgate.

DIRECCIÓN:

LUGAR:

LOCALIDAD:

HORA:

Calle 34 # 24-139
Mega Colegio Carlos Meisel.
Suroccidente
7:00 am - 12:00 pm.

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CURSO DE VIDA	TÉLEFONO	SEXO	ETNIA	GRUPO VULNERABLE	ORGANIZACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Thelky Peña Morillo	1240999881	X 2 3 4 5 6	3012687232	1	5	7	Capacopi		Maira M.
2	Thiago Morillo Morillo	PT:6590121	X	3012687232	2	5	6	Mutual ser.		Hadra H.
3	Maira Meza	1143272674		3012687232	1	5	7	Capacopi		Maira M.
4	Joseph Soler Lopez	1093961059	X	3009796022	2	5	7	Coosalud		SOL Rómulo
5	Jassiel Soler Lopez	1093976095		3009796022	1	5	7	Coosalud		SOL Rómulo
6	Sol Rómulo Ríos	32899719	X	3009796022	1	5	7	Coosalud		
7	Charlotte Perez Martinez	1091722017	X	3206906223	1	5	7	Mutual ser.		Kathy Rossi
8	Kathy Rossi Beltrán	1100012068	X	3206906223	1	5	7	Sanitas		Kathy Rossi
9	Aimee Ch. Amesty	7727878	X	3207166997	1	5	6	Coosalud		Aimee
10	Abraham Rodriguez	7745876	X	3007166997	2	5	6	Coosalud		Fred R.
11	Arantxa Ferrer	7727127	X	3207166997	1	5	6	Coosalud		Fred R.
12	Teresa Rodriguez	22378922	X	3207166997	1	5	7	Coosalud		Fred R.
13	Josue Acosta	194973750	X	3225241650	2	5	7	Mutual S.		Luzmarina
14	Luz H. torrez	52356040	X	3225241650	1	5	7	Mutual S.		Luzmarina
15	Sofia torrez	1194973290	X	3225241650	1	5	7			Luzmarina

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS Las personas que firmamos el presente documento autorizamos el uso de imágenes y datos, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 de Ministerio de Comercio, Decreto Distrital 0010 de 2019 y demás normas concordantes, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la Alcaldía Distrital de Barranquilla para tal fin.

Para CURSO DE VIDA

Para SEXO

Para ETNIA

Para GRUPO VULNERABLE

Marque con una X en la casilla: 1 = (0-5 años), 2 = (6 a 11 años), 3 = (12 a 17 años), 4 = (18 a 28 años), 5 = (29 a 59 años), 6: (60 años o más)

Marque con una X en la casilla: (1 = Femenino), (2 = Masculino), (3 = LGBTI)

Marque con una X en la casilla: (1= AFRODESCENDIENTES), (2 = INDIGENA), (3 = RAIZAL), (4 = ROM - GITANO -), (5= OTRO).

Marque con el numero correspondiente: (1= DISCAPACITADO), (2= DESPLAZADO), (3= DESMOVILIZADO), (4= PRIVADO DE LA LIBERTAD), (5= REINSERTADO), (6 = MIGRANTE), (7

OTROS).

Fecha de Aprobación: 01/08/2024

Versión 2.4

ASISTENCIA EVENTOS EXTERNOS

TIPO DE EVENTO:

TEMA A TRATAR:

FECHA DE REALIZACIÓN:

FACILITADOR:

Jornada de Salud Bucal Carlos Muisal
Educación para la Salud Bucal - Floriblanco
11 junio del 2026.
Colgado - Terminación de la Jornada - Programa de Salud
Bucal SOS - Mr. Kethers.

DIRECCIÓN:

LUGAR:

LOCALIDAD:

HORA:

Calle 34 # 29-139

Mega Colegio Carlos Muisal

Sursockindia.

7:00 pm - 2:00 pm.

No	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CURSO DE VIDA	TÉLEFONO	SEXO	ETNIA	GRUPO VULNERABLE	ORGANIZACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	• ABBY CABRERA	1240 294258	1 2 3 4 5 6	3011649560	1	5	7	Mutual S.		• UANESA
2	• Vanessa Gomez	55 231 243		3011649560	1	5	7	Mutual S.		• UANESA
3	• Yeimar Sallarin	1046737224	X	3042972936	2	5	7	proteger		• Kethers
4	• Mariabel Mesa	1192787421		3042972936	1	5	7	Sura		• Kethers
5	• Nicoll Gutierrez	1194972692	X	3012037077	1	5	7	Salud Total		• P. 2 MP
6	• Mariana Mendiui	1140 909981	X	3018589373	2	5	7	Sura		• P. 2 MP
7	• Juan C. Mendiui	1044673943	X	3018589373	2	5	7	Sura		• P. 2 MP
8	• Nilan Silva	1194979297	X	3018589373	2	5	7			• P. 2 MP
9	• Cristian Sanchez	1043481350	X	3018589373	2	5	7	Mutual Ser		• P. 2 MP
10	• Aida Mendiui	22461226		3018589373	1	5	7	Mutual Ser		• P. 2 MP
11	• Alvaro Acosta	1043486551	X	3103827483	2	5	7	Mutual Ser		• P. 2 MP
12	• Maria E. Gomez	1007745056		3103827483	1	5	7	Mutual Ser		• P. 2 MP
13	• Sharid Lopez	1194974944	X	3024344511	1	5	7	Coosalud		• P. 2 MP
14	• Ashley Lopez	1194974885	X	3024344511	1	5	7	Coosalud		• P. 2 MP
15	• Nishainy Lopez	1240 289086	X	3024344511	1	5	7	Coosalud		• P. 2 MP

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS Las personas que firmamos el presente documento autorizamos el uso de imágenes y datos, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 de Ministerio de Comercio, Decreto Distrital 0010 de 2019 y demás normas concordantes, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la Alcaldía Distrital de Barranquilla para tal fin.

Para CURSO DE VIDA

Para SEXO

Para ETNIA

Para GRUPO VULNERABLE OTROS).

Marque con una X en la casilla: 1 = (0-5 años), 2 = (6 a 11 años), 3 = (12 a 17 años), 4 = (18 a 28 años), 5 = (29 a 59 años), 6: (60 años o más)

Marque con una X en la casilla: (1 = Femenino), (2 = Masculino), (3 = LGBTI)

Marque con una X en la casilla: (1 = AFRODESCENDIENTES), (2 = INDIGENA), (3 = RAIZAL), (4 = ROM - GITANO -), (5 = OTRO).

Marque con el numero correspondiente: (1=DISCAPACITADO), (2= DESPLAZADO), (3= DESMOVILIZADO), (4= PRIVADO DE LA LIBERTAD), (5= REINSERTADO), (6 =MIGRANTE), (7

Fecha de Aprobación: 01/08/2024
Versión 2.4

ASISTENCIA EVENTOS EXTERNOS

TIPO DE EVENTO:

TEMA A TRATAR:

FECHA DE REALIZACIÓN:

FACILITADOR:

Jornada de Salud Bucal Comedor Carlos Meisel
Charlas para la Salud Bucal - Fluorización
11 junio del 2026.
Programa de Salud Bucal - SOS - Mi Red EPS
Código - Terminal de Transporte

DIRECCIÓN:

LUGAR:

LOCALIDAD:

HORA:

Calle 74 # 29-131

Mega Colegio Carlos Meisel.

Sitio de trabajo

2:00 pm - 4:00 pm

No	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CURSO DE VIDA	TÉLEFONO	SEXO	ETNIA	GRUPO VULNERABLE	ORGANIZACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Katherine Porto	1052980968	1 2 3 4 5 6	3024344511	1	5	7	Coosalud	kportomartinez@gmail.com	[Firma]
2	Lalimar S. Guerrero	1043711776	X	3006053677	1	5	7	Mutual Ser		[Firma]
3	Killian Castro	1043489-573	X	3006053677	2	5	7	Mutual Ser		[Firma]
4	Endriat Briceño	6521865	X		1	5	6			
5	Yarlenis Guerrero		X		1	5	7			
6	Dayanis Guerrero		X		1	5	7			
7	Breiner Guerrero		X		2	5	7			
8	Vitzy Gutierrez	1044224462	X	3239073218	1	5	6	Mutual Ser		[Firma]
9	Heilen Martinez	39460747	X	3239073218	1	5	7	Mutual Ser		[Firma]
10	Sebastian Carrillo	1044225411	X	3242059200	2	5	7			[Firma]
11	Miguel Camillo	1046717044	X	3242059200	2	5	7			[Firma]
12	Jainer Ramos	1048082188	X	3004263297	2	5	7	Coosalud		[Firma]
13	Esterling Perez	1149452022	X	3004263297	2	5	7			[Firma]
14	Erika Guerrero	1129492616	X	3004263297	1	5	7	Coosalud		[Firma]
15	Wilmer Salazar	1194995364	X	3023902961	2	5	7	Mutual Ser		[Firma]

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS Las personas que firmamos el presente documento autorizamos el uso de imágenes y datos, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 de Ministerio de Comercio, Decreto Distrital 0010 de 2019 y demás normas concordantes, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la Alcaldía Distrital de Barranquilla para tal fin.

Para CURSO DE VIDA

Para SEXO

Para ETNIA

Para GRUPO VULNERABLE

Marque con una X en la casilla: 1 = (0-5 años), 2 = (6 a 11 años), 3 = (12 a 17 años), 4 = (18 a 28 años), 5 = (29 a 59 años), 6 = (60 años o más)

Marque con una X en la casilla: (1 = Femenino), (2 = Masculino), (3 = LGBTI)

Marque con una X en la casilla: (1 = AFRODESCENDIENTES), (2 = INDÍGENA), (3 = RAIZAL), (4 = ROM - GITANO -), (5 = OTRO).

Marque con el número correspondiente: (1 = DISCAPACITADO), (2 = DESPLAZADO), (3 = DESMOVILIZADO), (4 = PRIVADO DE LA LIBERTAD), (5 = REINSERTADO), (6 = MIGRANTE), (7 = OTROS).

Fecha de Aprobación: 01/08/2024

Versión 2.4

ASISTENCIA EVENTOS EXTERNOS

TIPO DE EVENTO:

TEMA A TRATAR:

FECHA DE REALIZACIÓN:

FACILITADOR:

Jornada de Salud Bucal Comedor Carlos Meisel
Educación para la Salud Bucal - Fluorización
11 junio del 2026.
Programa de Salud Bucal - SPB - M. R. L. S.
Código de Verificación de Transparencia

DIRECCIÓN:

LUGAR:

LOCALIDAD:

HORA:

Calle 29 # 29-131

Mesa Colegio Carlos Meisel

Sucumbiente

7:00 am - 12:00 pm.

No	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CURSO DE VIDA	TÉLEFONO	SEXO	ETNIA	GRUPO VULNERABLE	ORGANIZACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Natios Torres J.		1 2 3 4 5 6	3225241650	2	5	7			LUZMARINA
2	Liceth P. torrezj	1045236835	X	3225241650	1	5	7			LUZMARINA
3	Henry torrezj	1194933290	X	3225241650	2	5	7			LUZMARINA
4	Reizo torrez J.	1194930027	X	3225241650	2	5	7			LUZMARINA
5	Yaritza torrez B	1240494320	X	3247631280	1	5	7			LUZMARINA
6	Yovanis torrez B	1194930470	X	3247631280	1	5	7			LUZMARINA
7	Alejandro Caba	240695567	X	3002122752	2	5	7	Coosalud		DESIRE
8	Nicol Caba	1143264997	X	3002122752	1	5	7	Coosalud		DESIRE
9	Desire Vanegas	1007279502	X	3002122752	1	5	7	Coosalud		DESIRE
10	Esequiel Escalante	1194983975	X	3128597967	2	5	7	Proteger		ENVIACIONES
11	Esther Escalante	1044228197	X	3128597967	1	5	7	Proteger		ENVIACIONES
12	Emanuel Escalante	1194932417	X	3128597967	2	5	7	Proteger		ENVIACIONES
13	Jorge L. Bastillas	1143253997	X	3014919595	2	5	7	Salud total		ENVIACIONES
14	Eduardo Hernandez	1149440983	X	3014919595	2	5	7	Coosalud		ENVIACIONES
15	Ethnini Cañate	1002160982	X	3128597967	1	5	7	Proteger		ENVIACIONES

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS Las personas que firmamos el presente documento autorizamos el uso de imágenes y datos, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 de Ministerio de Comercio, Decreto Distrital 0010 de 2019 y demás normas concordantes, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la Alcaldía Distrital de Barranquilla para tal fin.

Para CURSO DE VIDA

Para SEXO

Para ETNIA

Para GRUPO VULNERABLE OTROS).

Marque con una X en la casilla: 1 = (0-5 años), 2 = (6 a 11 años), 3 = (12 a 17 años), 4 = (18 a 28 años), 5 = (29 a 59 años), 6: (60 años o más)

Marque con una X en la casilla: (1 = Femenino), (2 = Masculino), (3 = LGBTI)

Marque con una X en la casilla: (1= AFRODESCENDIENTES), (2= INDIGENA), (3= RAIZAL), (4= ROM - GITANO -), (5= OTRO).

Marque con el número correspondiente: (1= DISCAPACITADO), (2= DESPLAZADO), (3= DESMOVILIZADO), (4= PRIVADO DE LA LIBERTAD), (5= REINSERTADO), (6= MIGRANTE), (7

Fecha de Aprobación: 01/08/2024

Versión 2.4

ASISTENCIA EVENTOS EXTERNOS

TIPO DE EVENTO:

TEMA A TRATAR:

FECHA DE REALIZACIÓN:

FACILITADOR:

Jornada de Salud Bucal Carlos Manuel
Educación para la Salud Bucal - Elusigación
1 junio del 2026
Programa de Salud Bucal - SOS-Mi Rostro
Colaboración Terminal de Frío por lo.

DIRECCIÓN:

LUGAR:

LOCALIDAD:

HORA:

Calle 74 # 29-139.

Mega Colegio Carlos Manuel.

Suroccidente

7:00 am - 2:00 pm.

No	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CURSO DE VIDA	TÉLEFONO	SEXO	ETNIA	GRUPO VULNERABLE	ORGANIZACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Jairo Cruz Castro	1194982672	1 2 3 4 5 6	3023902961	2	5	7	Mutual ser	—	x Dany R. Castro
2	Breiner Castro	1043135271	x	3167727899	2	5	7	Sura	—	x Dany R. Castro
3	Danna Stind Añh	1092282640	x	3296961038	1	5	7	Mutual ser	—	Jidín Añh
4	Wids Añh Barrio	1140829130	x	3296961038	1	5	7	Mutual ser.	—	Jidín Añh
5	Edwardo Villalobos	1095390035	x	3099155067	2	5	7	—	—	ALÉN C.
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS Las personas que firmamos el presente documento autorizamos el uso de imágenes y datos, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 de Ministerio de Comercio, Decreto Distrital 0010 de 2019 y demás normas concordantes, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la Alcaldía Distrital de Barranquilla para tal fin.

Para CURSO DE VIDA

Para SEXO

Para ETNIA

Para GRUPO VULNERABLE

OTROS).

Marque con una X en la casilla: 1 = (0-5 años), 2 = (6 a 11 años), 3 = (12 a 17 años), 4 = (18 a 28 años), 5 = (29 a 59 años), 6: (60 años o más)

Marque con una X en la casilla: (1 = Femenino), (2 = Masculino), (3 = LGBTI)

Marque con una X en la casilla: (1= AFRODESCENDIENTES), (2 = INDÍGENA), (3 = RAIZAL), (4 = ROM - GITANO -), (5= OTRO).

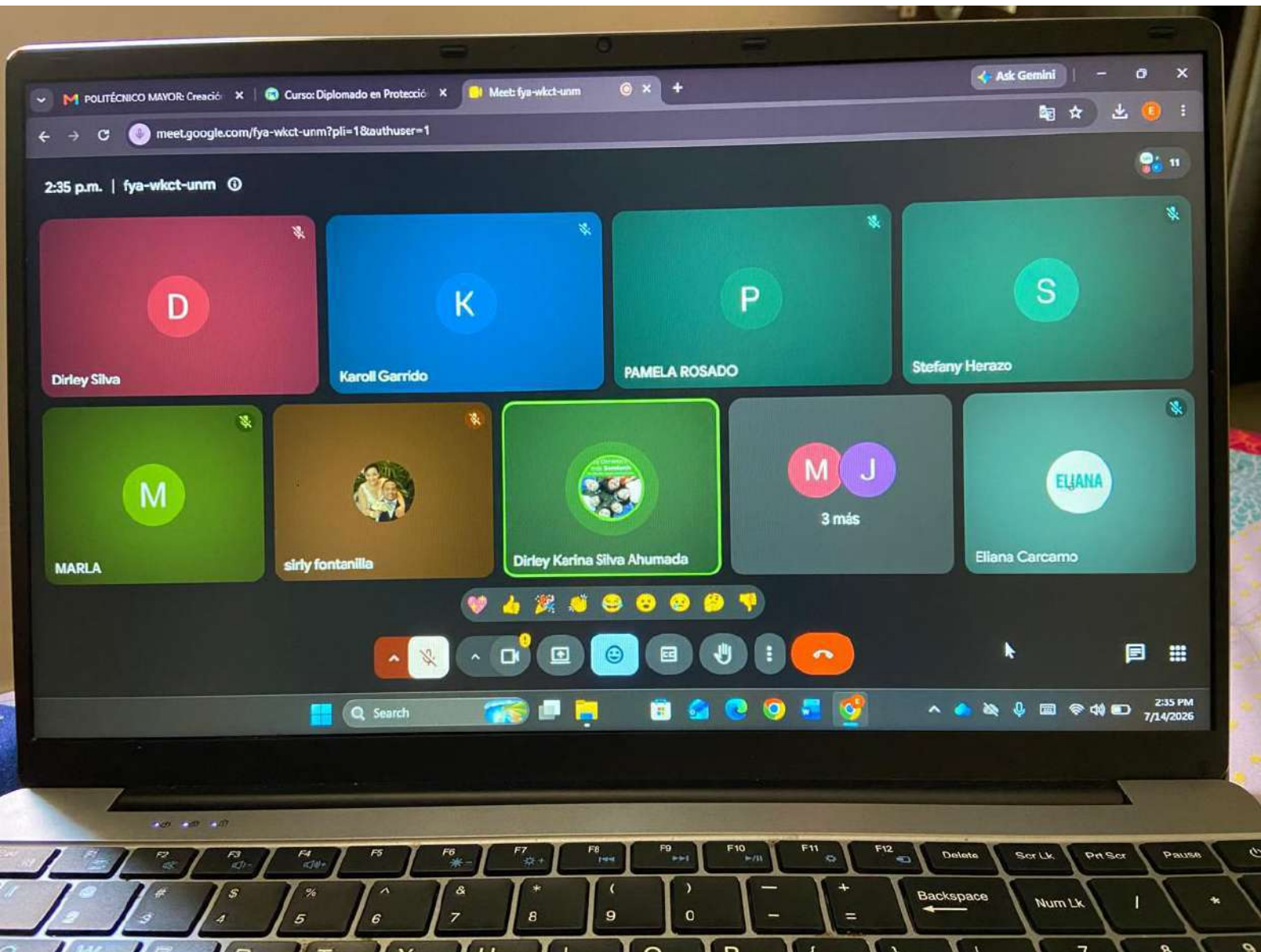
Marque con el número correspondiente: (1=DISCAPACITADO), (2= DESPLAZADO), (3= DESMOVILIZADO), (4= PRIVADO DE LA LIBERTAD), (5= REINSERTADO), (6 =MIGRANTE), (7

Fecha de Aprobación: 01/08/2024

Versión 2.4







2:38 p.m. | fya-wkct-unm

Jose Manuel Contreras Roa (Presentando) 12

INSTRUMENTO ACUMULADO POR TRIMESTRE FINAL - Excel

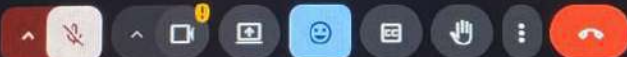
ALCALDÍA DE BARRANQUILLA

INSTRUMENTO PARA MEDIR EL PROMEDIO ACUMULADO DE CADA EAPB

Centro	Descripción	Indicador	Meta	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	4º TRIMESTRE	ACUMULADO	ACUMULADO LEYENDAS VIGILIA
SANTAS	PLAN DE EMERGENCIAS	Completado	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	PLAN DE EMERGENCIAS	Actualizado	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	PLAN DE EMERGENCIAS	Completado	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	PLAN DE EMERGENCIAS	Actualizado	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
FABIANAR	PLAN DE EMERGENCIAS	Completado	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	PLAN DE EMERGENCIAS	Actualizado	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	PLAN DE EMERGENCIAS	Completado	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	PLAN DE EMERGENCIAS	Actualizado	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

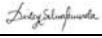
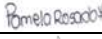
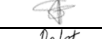
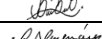
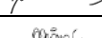
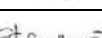
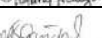
Grid of participant avatars and names:

- Jose Manuel Contreras ...
- Dirley Karina Silva Ahu...
- Stefany Herazo
- MARLA
- sirly fontanilla
- Karol Garrido
- PAMELA ROSADO
- 3 más
- Eliana Carcamo



ACTA DE REUNIÓN

ACTA No _____			
Fecha (DD/MM/AA)	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN	LUGAR
15 de julio de 2026	2:00 PM	4:00PM	Auditorio del CAMINO Adelita de Char

ASISTENTES	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
Dirley Silva A.	Referente programa salud bucal	Secretaria Distrital De Salud	
Pamela Rosado T.	Odontóloga de apoyo Prog. SB	Secretaria Distrital De Salud	
Sirly Fontanilla	Odontóloga de apoyo Prog. SB	Secretaria Distrital De Salud	
Jesús Barrios B.	Odontólogo de apoyo Prog. SB	Secretaria Distrital De Salud	
Marla Almenárez C.	Odontóloga de apoyo Prog. SB	Secretaria Distrital De Salud	
Eliana Cárcamo	Odontóloga de apoyo Prog. SB	Secretaria Distrital De Salud	
Stefany Herazo	Higienista programa salud bucal	Secretaria Distrital De Salud	
Karoll Garrido S.	Odontóloga de apoyo Prog. SB	Secretaria Distrital De Salud	
Odontólogos y auxiliares de odontología de MIRED IPS.	Odontólogos y auxiliares de odontología de MIRED IPS.	MiRed IPS	Se anexa listado de asistencia

OBJETIVO DE LA REUNIÓN
Fortalecer las competencias del talento humano en salud bucal de MIRED IPS mediante la socialización de los lineamientos técnicos para el uso controlado de la amalgama dental y la perspectiva del uso controlado del flúor, con el propósito de promover prácticas clínicas seguras, el cumplimiento de la normatividad vigente y la prevención de riesgos para la salud y el ambiente, contribuyendo así al mejoramiento de la calidad de la atención odontológica.

TEMAS A TRATAR	
1	Evaluación de conocimientos (pretest).
2	Lineamientos para el uso controlado de la amalgama dental en los servicios de odontología.
3	Perspectiva del uso controlado del flúor.
4	Socialización de las recomendaciones para la prevención de la exposición al mercurio y al uso inadecuado del flúor.
5	Evaluación de conocimientos (post test).

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
Siendo las 2:00 p. m. del día 15 de julio de 2026, el equipo del Programa de Salud Bucal de la Secretaría Distrital de Salud de Barranquilla se reunió en el Auditorio del Camino Universitario Adelita de Char con el propósito de desarrollar el Comité Técnico dirigido a odontólogos, higienistas orales y auxiliares de odontología de MIRED IPS. La jornada estuvo orientada al fortalecimiento de las competencias de los participantes en relación con los lineamientos para el uso controlado de la amalgama dental y la perspectiva del uso controlado del flúor, promoviendo la actualización de conocimientos y la adopción de prácticas clínicas seguras en la prestación de los servicios de salud bucal. Como actividad inicial se aplicó un pretest, con el propósito de identificar el nivel de conocimientos de los participantes frente a los lineamientos nacionales relacionados con el uso del mercurio en odontología y el uso racional del flúor como estrategia de prevención de la caries dental.

ACTA DE REUNIÓN

Posteriormente, se inició la socialización de los Lineamientos para el uso controlado de la amalgama dental en los servicios de odontología, enfatizando que estos buscan disminuir progresivamente el uso del mercurio en la práctica odontológica, fomentar la utilización de materiales restauradores alternativos clínicamente efectivos y promover la implementación de medidas de bioseguridad y protección ambiental durante la manipulación y disposición de los residuos de amalgama.

Durante la jornada se explicó la importancia de fortalecer las estrategias de promoción y prevención como la principal herramienta para reducir la necesidad de tratamientos restauradores, resaltando la utilización de materiales alternativos cuando las condiciones clínicas lo permitan y el cumplimiento de las recomendaciones establecidas para la manipulación segura de la amalgama dental.

Así mismo, se enfatizó que la remoción de restauraciones de amalgama únicamente debe realizarse cuando exista una indicación clínica que lo justifique, evitando procedimientos innecesarios, especialmente en menores de 15 años, gestantes y mujeres en período de lactancia, salvo criterio del profesional tratante. Se recordó la importancia del uso de aislamiento absoluto, adecuada refrigeración, sistemas de aspiración de alto volumen y la disposición segura de los residuos generados durante estos procedimientos.

De igual forma, se socializaron las prácticas ambientales dirigidas a reducir la contaminación por mercurio, resaltando la correcta segregación y almacenamiento de los residuos de amalgama en recipientes adecuados con glicerina, el manejo de dientes extraídos con restauraciones de amalgama, el mantenimiento de trampas y separadores de amalgama en las unidades odontológicas y la prohibición de eliminar estos residuos a través del sistema de alcantarillado.

Posteriormente, se desarrolló la temática correspondiente a la Perspectiva del uso controlado del flúor, destacando que continúa siendo una de las estrategias de salud pública más efectivas para la prevención de la caries dental, siempre que sea utilizado de forma racional y en las concentraciones recomendadas.

Durante esta socialización se abordaron las principales fuentes de exposición al flúor, tales como la crema dental fluorada, el barniz de flúor, la sal fluorada, el agua para consumo humano, los enjuagues fluorados y otras fuentes profesionales, haciendo énfasis en la necesidad de valorar el riesgo individual de caries antes de indicar cualquier intervención preventiva y evitar la exposición excesiva durante la formación del esmalte dental.

Igualmente, se reforzaron las recomendaciones para el uso seguro del barniz de flúor, resaltando que su aplicación debe ser realizada únicamente por personal capacitado, con consentimiento informado, registro en la historia clínica y cumplimiento de los lineamientos establecidos en la Resolución 3280 de 2018 para las intervenciones de protección específica.

Como parte de la actualización se revisaron los aspectos relacionados con la fluorosis dental, incluyendo su definición, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, diagnóstico diferencial y clasificación mediante el Índice de Dean, destacando la importancia del diagnóstico oportuno, el adecuado registro del evento y el fortalecimiento de las acciones educativas dirigidas a padres, cuidadores y usuarios para prevenir la exposición excesiva al flúor.

Finalizada la jornada, se aplicó un post test con el objetivo de evaluar la apropiación de los conocimientos adquiridos durante la capacitación y medir el impacto de la actividad educativa. Los participantes demostraron una mayor comprensión de los lineamientos técnicos y manifestaron la importancia de continuar fortaleciendo los procesos de educación continua para garantizar una atención segura, basada en la evidencia y alineada con las políticas nacionales de salud pública.

COMPROMISOS	FECHA DE CONTROL	RESPONSABLE
-------------	------------------	-------------

ACTA DE REUNIÓN

Garantizar la correcta segregación, almacenamiento y disposición final de los residuos de amalgama conforme a los lineamientos nacionales.	Permanente	Equipo Salud Bucal MiRed IPS
Utilizar las medidas de bioseguridad durante la manipulación y retiro de restauraciones con amalgama dental.	Permanente	Equipo Salud Bucal MiRed IPS
Fortalecer el uso racional del flúor de acuerdo con la edad, riesgo de caries y lineamientos técnicos vigentes.	Permanente	Equipo Salud Bucal MiRed IPS
Garantizar el adecuado registro de la aplicación de barniz de flúor y demás intervenciones preventivas en la historia clínica y sistemas de información.	Permanente	Odontólogos MiRed IPS
Fortalecer las acciones educativas dirigidas a usuarios y cuidadores sobre el uso adecuado de crema dental fluorada y prevención de fluorosis.	Permanente	Equipo Salud Bucal MiRed IPS
Realizar diagnóstico oportuno y adecuado registro de los casos de fluorosis dental cuando corresponda.	Permanente	Odontólogos MiRed IPS

Anexos



ALCALDÍA DE BARRANQUILLA

NIT: 8 9 0 1 0 2 0 1 8 - 1



Icontec
ISO 9001



Icontec
ISO 14001



IQNET
CERTIFIED
MANAGEMENT
SYSTEM

SC-CER13038 SA-CER13038

Código: MM-GD-SS-F-262

Fecha: 15 de Julio de 2026

Hora: 2:00pm

Intensidad horaria: 2 horas

Tipo evento:

Interno: ☐ Externo: ☒

Capacitación: ☐ Reunión: ☐ Comité: ☒ Otro cual: ☐

Tema:
- Uso controlado de la amalgama dental
- Uso racional del Flúor

Objetivo: Fortalecer la implementación de los lineamientos para la segregación y el Flúor. Facilitador: - Karel Gómez - Eliana Cárdenas

No.	Nombres y apellidos	Cédula	Dependencia	Cargo	Celular	Correo electrónico	Firma
1	Jorge P. Delgado	55301665	Odontología	Odontólogo	3014592662	jorge.p.delo@barranquilla.gov.co	
2	Diana Cely	1143161415	Odontología	Odontóloga	3242847147	dianacely@barranquilla.gov.co	
3	Valencia de la Rosa	108002934	Odontología	Higienista	3189816505	valencia@barranquilla.gov.co	
4	Andrés Díaz Viera	1130264347	Higiene O:	Higiene oral	3006687248	andresdiazviera@barranquilla.gov.co	
5	Dipietro Cantillo	11001918553	Odontología	Higiene oral	3023814338	dipietrocantillo@barranquilla.gov.co	
6	Marcela Bustillo	112580917	Higiene oral	Higienista	3002858774	marcelabustillo@barranquilla.gov.co	
7	María Rodríguez	32780967	Odontología	Odontóloga	3017098448	maria@barranquilla.gov.co	
8	Gustavo M. Meléndez	1014341724	Higiene oral	Higienista	3006243534	gustavomelendez@barranquilla.gov.co	
9	Gabo Jiménez M.	22264286	Odontología	Odontólogo	1152912362	gabojimenez@barranquilla.gov.co	
10	Maria Paola Fera Ureña	1190851657	Odontología	Odontóloga	3045312943	maria@barranquilla.gov.co	
11	Jorge Luis Cárdenas	104311413	Higiene oral	Higienista	3016654445	jorge@barranquilla.gov.co	
12	Edene Pinero Suarez	1124059448	Higiene oral	Higienista	593385412	edene@barranquilla.gov.co	
13	María Victoria Gaitán	1234089721	Higiene oral	Higienista	3205406760	maria@barranquilla.gov.co	
14	Ruby Cely Vazquez	32361274	Higiene oral	Higienista	3102487982	ruby@barranquilla.gov.co	
15	María Cely Vazquez	11549563	Higiene oral	Higienista	301466670	maria@barranquilla.gov.co	
16	Juliana Moreno C.	32608647	Odontología	Odontóloga	3043821687	juliana@barranquilla.gov.co	

Autorizo a la Alcaldía Distrital de Barranquilla el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

Fecha de Aprobación: 31/02/2025
Versión: 1.1

Calle 34 No. 43-31. Barranquilla, Colombia

BARRANQUILLA.GOV.CO

Scanned with

CamScanner

ACTA DE REUNIÓN

REGISTRO DE ASISTENCIA A EVENTOS SALUD PÚBLICA

Código: MM-GD-SS-F-262

Fecha: 15 de Julio de 2026 Hora: 2:00pm Intensidad horaria: 2 hora(s).

Tipo evento: Interno: ☐ Externo: ☒ Capacitación ☐ Reunión ☐ Comité ☒ Otro cual: ☐

Tema: -Uso Controlado de la Amalgama dental.
-Uso Racional del Flúor.

Objetivo: Fortalecer la implementación de los lineamientos para la amalgama y el Flúor. Facilitador: -Karl Gambo S.
-Elvira Cerezo

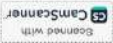
No.	Nombres y apellidos	Cédula	Dependencia	Cargo	Celular	Correo electrónico	Firma
1	Diana Patricia	47209925	Odontología	Odontólogo	3007299624	Dianaamand@outlook.com	
2	Arleth Ximena Moreno	1018406588	Odontología	Odontólogo	3008577205	Arlethamand@outlook.com	
3	Alana Elena Soto S.	57415415	Odontología	Odontólogo	3167520031	alanaelena@outlook.com	
4	Yolanda Tilly Ortega	22599994	Odontología	Odontólogo	5014675407	YolandaTilly@outlook.com	
5	Alina María B.	22844327	Ho.	Ho.	3054439814	alinamarib@outlook.com	
6	Martha Carrasco	1041614131	Higiencia	Higiencia	3245671108	MarthaC@outlook.com	
7	Sanfón C.	22467071	Odontología	Odontólogo	3013867725	SanfónC@outlook.com	
8	Yamir Pantoja	1041614131	Ho.	Ho.	3116070070	YamirPantoja@outlook.com	
9	Yamir Pantoja	42004318	Odontología	Odontólogo	3001462814	YamirPantoja@outlook.com	
10	Yamir Pantoja	12631965	Odontología	Odontólogo	301462814	YamirPantoja@outlook.com	
11	Yamir Pantoja	8727436	Odontología	Odontólogo	3185281802	YamirPantoja@outlook.com	
12	Yamir Pantoja	32151122	Ho. Red	Ho. Red	3006732195	YamirPantoja@outlook.com	
13	Yamir Pantoja	10804074	Odontología	Odontólogo	3104440544	YamirPantoja@outlook.com	
14	Yamir Pantoja	72231383	Odontología	Odontólogo	2008577130	YamirPantoja@outlook.com	
15	Yamir Pantoja	1001938904	Odontología	Odontólogo	3007299624	YamirPantoja@outlook.com	
16	Yamir Pantoja	55306910	Odontología	Odontólogo	3227461842	YamirPantoja@outlook.com	

Autorizo a la Alcaldía Distrital de Barranquilla el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

Fecha de Aprobación: 10/02/2025 Versión: 1.1

Calle 34 No. 43-31. Barranquilla.Colombia

BARRANQUILLA.GOV.CO



REGISTRO DE ASISTENCIA A EVENTOS SALUD PÚBLICA

Código: MM-GD-SS-F-262

Fecha: 15 de Julio de 2026 Hora: 2:00pm Intensidad horaria: 2 hora(s).

Tipo evento: Interno: ☐ Externo: ☒ Capacitación ☐ Reunión ☐ Comité ☒ Otro cual: ☐

Tema: -Uso Controlado de la Amalgama dental.
-Uso Racional del Flúor.

Objetivo: Fortalecer la implementación de los lineamientos para la amalgama y el Flúor. Facilitador: -Karl Gambo S.
-Elvira Cerezo

No.	Nombres y apellidos	Cédula	Dependencia	Cargo	Celular	Correo electrónico	Firma
1	Yamir Pantoja	32761227	Mi Red IPS	Odontólogo	3103570552	YamirPantoja@outlook.com	
2	Yamir Pantoja	112949007	Mi Red IPS	Odontólogo	3008864071	YamirPantoja@outlook.com	
3	Yamir Pantoja	44316241	Mi Red IPS	Odontólogo	3013516448	YamirPantoja@outlook.com	
4	Yamir Pantoja	57381803	Mi Red IPS	Odontólogo	3017867750	YamirPantoja@outlook.com	
5	Yamir Pantoja	86468504	Mi Red IPS	Odontólogo	300201210	YamirPantoja@outlook.com	
6	Yamir Pantoja	32722743	Mi Red IPS	Odontólogo	3017890180	YamirPantoja@outlook.com	
7	Yamir Pantoja	22462151	Mi Red IPS	Odontólogo	3008094919	YamirPantoja@outlook.com	
8	Yamir Pantoja	1140873399	Mi Red IPS	Odontólogo	3003331095	YamirPantoja@outlook.com	
9	Yamir Pantoja	4072741789	Mi Red IPS	Higiencia	3278017812	YamirPantoja@outlook.com	
10	Yamir Pantoja	48467226	Mi Red IPS	Odontólogo	3114292820	YamirPantoja@outlook.com	
11							
12							
13							
14							
15							
16							

Autorizo a la Alcaldía Distrital de Barranquilla el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

Fecha de Aprobación: 10/02/2025 Versión: 1.1

Calle 34 No. 43-31. Barranquilla.Colombia

BARRANQUILLA.GOV.CO

ACTA DE REUNIÓN



ALCALDÍA DE BARRANQUILLA

NIT: 8 9 0 1 0 2 0 1 8 - 1







ISO 9001
SA-CER/120388

ISO 14001
SA-CER/120388

CERTIFIED
MANAGEMENT
SYSTEM

Código: MM-GD-SS-F-262

Fecha: 15 de Julio de 2026

Hora: 2:00pm - 4:00pm.

Intensidad horaria: 2 horas

Tipo evento:

☐ Capacitación

☐ Reunión

☒ Comité

☐ Otro cual:

Interno: ☐

Externo: ☒

Tema: -Uso controlado de la Amalgama dental

- USO Racional del Plomo

Objetivo: Fortalecer la implementación de los lineamientos para

Facilitador: -Karel Carrasquero

- Eliana Cárdenas

No.	Nombres y apellidos	Cédula	Dependencia	Cargo	Correo electrónico	Firma
1	Ulises Contreras Barranco	1044428664	Odontología	Higienista	ulisescontrerasbarranco@gmail.com	ecm
2	Aracely Barrant	409727815	H. env	H. eval	aracelybarrant@hotmail.com	AB
3	David Augusto	1043115226	H. env	Higienista	DavidAugusto804@gmail.com	David A.
4	Juan Carlos Pineda Roso	1043016563	Odontología	Odontólogo	JuanCarlosPineda1102@gmail.com	JCP
5	Yolanda Sánchez Salto	10421129911	Odontología	Odontóloga	YolandaS192@gmail.com	Yolanda S.
6	Julio Claudio	1128124965	Higienista	Higienista	JulioClaudio1980@gmail.com	Julio C.
7	Roberto Blanco	522312817	Odontología	Odontólogo	RobertoBlanco21@gmail.com	Roberto B.
8	Roberto Blanco	522312817	Odontología	Odontólogo	RobertoBlanco21@gmail.com	Roberto B.
9	Kelly Riquelme Sarmiento	1040493285	Odontología	Higienista	KellyRiquelmeSarmiento@gmail.com	Kelly R.
10	Angélica Alandete Coronado	1128049103	Odontología	Odontóloga	angelica.alandete@hotmail.com	Angélica A.
11	Antony Romero Jairo	104443885	Higienista	Higienista	AntonyRomero732@gmail.com	Antony R.
12	Yuliana Pabon C.	494065917	Odontología	Odontóloga	yulianapabon42@hotmail.com	Yuliana P.
13						
14						
15						

Fecha de Aprobación: 15/05/2024

Versión 1

Autorizo a la Alcaldía Distrital de Barranquilla el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

Calle 34 No. 43-31, Barranquilla, Colombia

BARRANQUILLA.GOV.CO



ACTA DE REUNIÓN



ACTA DE REUNIÓN

ACTA N° _____			
Fecha (DD/MM/AA)	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN	LUGAR
22-07-2026	10:30 am	12:15 m	Instalaciones de la EAPB Mutual Ser EPS

ASISTENTES	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
María Teresa Marengo	Gestor RPMS	EAPB Mutual Ser EPS.	Se anexa listado de asistencia
Dirley Silva Ahumada	Referente Programa Salud Bucal	Sec. Distrital de Salud de Barranquilla	
Eliana Cárcamo G.	Profesional de apoyo	Sec. Distrital de Salud de Barranquilla	
Jesús Barrios B.	Profesional de apoyo	Sec. Distrital de Salud de Barranquilla	

OBJETIVO DE LA REUNIÓN
Brindar asistencia técnica a la EAPB Mutual Ser EPS en la implementación y seguimiento de la lista de chequeo del Programa de Salud Bucal, abordando aspectos relacionados con las intervenciones individuales, la atención a gestantes, la Estrategia “Soy Generación Más Sonriente”, los indicadores trazadores, las actividades grupales de información, educación y comunicación (IEC), y los lineamientos para el uso controlado del flúor y el mercurio, en concordancia con la normativa y los lineamientos establecidos por el MSPS.

TEMAS A TRATAR	
1	Lista de chequeo Programa Salud Bucal
2	Intervenciones individuales RIAPMS Bucal
3	Lineamientos Estrategia SGMS
4	Actividades grupales de Información, Comunicación y Educación (IEC)
5	Indicadores trazadores de la RIAPMS Bucal

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
Siendo las 10:30 a.m., se da inicio a la asistencia técnica en las instalaciones de la EAPB Mutual Ser EPS, con el propósito de brindar orientación, en relación con las metas, la lista de chequeo y los soportes requeridos para el seguimiento de los indicadores del Programa de Salud Bucal. La reunión inicia con la presentación de los participantes. Posteriormente, la referente del Programa de Salud Bucal de la Secretaría de Salud explica que la lista de chequeo consta de 6 ítems, cada uno integrado por la normatividad aplicable, el aspecto a evaluar, los documentos de soporte y los indicadores correspondientes. Los ítems abordados fueron los siguientes: 1- Garantiza a través de su red de prestación de servicios, la ejecución de las intervenciones individuales de la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud Bucal, de acuerdo con los cursos de vida. Se socializan las intervenciones individuales objeto de seguimiento: aplicación de barniz de flúor, control de placa bacteriana, consulta odontológica de primera vez, educación individual, detartraje supragingival y aplicación de sellantes. Asimismo, se presentan las metas proyectadas para la vigencia 2026.

ACTA DE REUNIÓN

Se retroalimenta al prestador sobre la importancia de reportar la educación individual realizada por el odontólogo (CUPS 990303), el higienista oral (CUPS 990212) y los agentes educativos (CUPS 990211), con el fin de evidenciar el cumplimiento de esta intervención.

2. Garantiza, a través de su red de prestación de servicios, el acceso oportuno de las gestantes a consulta odontológica durante el primer y segundo trimestre de gestación, conforme a lo establecido en el numeral 4.5 de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal.

Se socializa el indicador de seguimiento para gestantes y la metodología para su cálculo: "Proporción (%) de gestantes con 34 o más semanas de gestación que reciben dos (2) atenciones odontológicas durante el embarazo".

Se enfatiza la importancia de que la base de datos incluya la fecha de la última menstruación (FUM) y la variable correspondiente al número de atenciones odontológicas recibidas durante la gestación, con el fin de facilitar el cálculo del indicador.

3. Participa, a través de su red de prestación de servicios, en el 100 % de las seis (6) jornadas anuales de la Estrategia Nacional "Soy Generación Más Sonriente".

Se retroalimenta a la EAPB sobre la importancia de realizar el reporte de gestión posterior a cada jornada de intensificación, mediante el enlace dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como de remitir a la referente del Programa de Salud Bucal del Distrito la captura de pantalla con la información reportada.

Adicionalmente, se recuerda que, de acuerdo con el Lineamiento de la Estrategia "Soy Generación Más Sonriente" 2026, las piezas de comunicación deben representar a personas (niños, niñas, padres, madres y cuidadores), resaltando el aporte de la salud bucal al bienestar y la calidad de vida. En este sentido, se recomienda evitar el uso de imágenes, dibujos o gráficos que presenten únicamente estructuras dentales aisladas o dientes fuera de la cavidad oral, ya que este tipo de representaciones desvirtúa el enfoque de cuidado centrado en las personas y perpetúa la percepción de que la atención odontológica se limita a procedimientos de extracción dental.

4. Garantiza, a través de su red de prestación de servicios, la realización de al menos cuatro (4) actividades grupales anuales de educación en salud bucal, que incluyan factores protectores y factores de riesgo.

Se informa la necesidad de reportar el alcance de las publicaciones realizadas a través de redes sociales como soporte de las actividades desarrolladas. Asimismo, se resalta la importancia de incorporar contenidos relacionados con salud bucal dentro de los planes de comunicación institucional.

5. Realiza seguimiento a los indicadores trazadores de la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RIAPMS) en el Programa de Salud Bucal.

Para este ítem se socializa la metodología para el cálculo de los indicadores trazadores. Además, se enfatiza la importancia de que las bases de datos incluyan las variables correspondientes al diagnóstico principal y los diagnósticos secundarios, así como el registro de las exodoncias realizadas durante el período evaluado.

Se revisan los siguientes indicadores:

- Proporción (%) de personas con diagnóstico de caries dental en la primera consulta odontológica del año.
- Proporción (%) de personas con diagnóstico de gingivitis y enfermedad periodontal en la primera consulta odontológica del año.

ACTA DE REUNIÓN

- Proporción (%) de personas de primera infancia, infancia y adolescencia con diagnóstico de fluorosis en la primera consulta odontológica del año. Se enfatiza la importancia de fortalecer las competencias de los profesionales en el diagnóstico diferencial de fluorosis para mejorar la identificación y el registro de estos casos.
- Proporción (%) de personas de 18 años o más con pérdida dental asociada a enfermedad bucodental prevenible.
- Proporción (%) de personas de primera infancia, infancia y adolescencia con índice COP = 0 en la primera consulta odontológica del año.

6. Garantiza, a través de su red de prestación de servicios, el cumplimiento de los lineamientos para el uso controlado del flúor y del mercurio.

Para este ítem, la EAPB debe aportar los soportes de las capacitaciones realizadas por su red de prestadores en relación con los lineamientos para el uso controlado del flúor y del mercurio, con el fin de evidenciar su implementación y cumplimiento.

COMPROMISOS	FECHA DE CONTROL	RESPONSIBLE
Garantizar que las bases de datos incluyan los registros de consultas de primera vez y de control en odontología, los diagnósticos principales y secundarios, así como los procedimientos de exodoncia en personas de 18 años asociados a pérdida bucodental, con el propósito de asegurar la adecuada medición de los indicadores trazadores.	Trimestral	Gestora RPMS Mutua Ser EPS.
Enviar a la referente del programa de salud bucal de la Secretaría Distrital de Salud las capturas de pantalla de la información reportada al MSPS sobre los días de intensificación de la estrategia SGMS.	Eventual	Gestora RPMS Mutua Ser EPS.

ACTA DE REUNIÓN

REGISTRO DE ASISTENCIA A EVENTOS SALUD PUBLICA

Código: MM-GD-SS-F-262

Fecha: 22-07-2026

Hora: 10:30 am

Intensidad horaria: 1 hora 45 minutos

Tipo evento:

Interno: ☐

Externo: ☐

Capacitación ☐

Reunión ☐

Comité ☐

Otro cual: Asistencia Técnica

Tema: - Lista de chequeo Programa Salud Bucal SDS
- Intervenciones individuales
- Atención gestante y Estrategia SIDA
- IEC - Indicadores transversales de Ruta
- Seguimiento y control de la Ruta y Atención

Objetivo: Brindar asistencia técnica sobre la lista de chequeo del Programa Salud Bucal de la SDS.

Facilitador: Dany K. Silva, Marmada, Oficiante Programa SB, Eltona Carancho y Jesus Briones B. (Profesionales de apoyo Programa Salud Bucal SDS).

No.	Nombres y apellidos	Cédula	Dependencia	Cargo	Celular	Correo electrónico	Firma
1	TERESA LLANCO	109354187	Alcalde	Coor. PMS.	303256669	Progrsa@barranquilla.gov.co	[Firma]
2	Jess Briones Briones	1095076929	SDS	Profesional Apoyo	3001265803	Progrsa@barranquilla.gov.co	[Firma]
3	Eltona Carancho	30005628	SDS	Profesional Apoyo	3145028968	Progrsa@barranquilla.gov.co	[Firma]
4	Dany K. Silva Marmada	2251974	Sec. distrital salud	Nf. Programa SB	3012204288	Progrsa@barranquilla.gov.co	[Firma]
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							

Autorizo a la Alcaldía Distrital de Barranquilla el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

Fecha de Aprobación: 10/02/2025
Versión: 1.1



ACTA DE REUNIÓN

ACTA N° _____			
Fecha (DD/MM/AA)	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN	LUGAR
22-07-2026	8:00 am	10:30 Am	Instalaciones de la EAPB Mutual Ser EPS

ASISTENTES	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
María Teresa Marengo	Gestor RPMS	EAPB Mutual Ser EPS.	Se anexa listado de asistencia
Natalia Pupo Castillo	GAIS	EAPB Mutual Ser EPS	
Agentes educativos		EAPB Mutual Ser EPS	
Dirley Silva Ahumada	Referente Programa Salud Bucal	Sec. Distrital de Salud de Barranquilla	
Eliana Cárcamo G.	Profesional de apoyo	Sec. Distrital de Salud de Barranquilla	
Jesús Barrios B.	Profesional de apoyo	Sec. Distrital de Salud de Barranquilla	

OBJETIVO DE LA REUNIÓN
Fortalecer las competencias de los agentes educativos de Mutual Ser EPS para la promoción de la salud bucal, la educación comunitaria y la inducción a la demanda de las intervenciones contempladas en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), favoreciendo el acceso oportuno a los servicios de salud y la adopción de hábitos saludables durante todos los momentos del curso de vida.

TEMAS A TRATAR	
1	Programa de Salud Bucal: objetivos, estrategias y acciones desarrolladas.
2	Principales enfermedades bucales, factores de riesgo y medidas de prevención.
3	Higiene oral: técnica correcta de cepillado, uso de la seda dental y hábitos saludables
4	Estrategia Soy Generación Más Sonriente (SGMS): objetivos, población beneficiaria e importancia de la aplicación del barniz de flúor.
5	Intervenciones de promoción y mantenimiento de la salud bucal por curso de vida, de acuerdo con las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Atención de las gestantes por odontología
6	Rol del agente educativo en la Atención Primaria en Salud, la educación comunitaria y la inducción a la demanda de los servicios de salud bucal.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
La jornada inició con el registro de los participantes y la aplicación del pretest, con el propósito de identificar los conocimientos previos de los asistentes sobre promoción de la salud bucal, intervenciones por curso de vida y estrategias de educación comunitaria. Posteriormente se desarrolló la actividad rompehielo "¿Mito o realidad?", mediante la cual se plantearon afirmaciones relacionadas con la salud bucal para que los participantes identificaran si correspondían a mitos o realidades. Esta dinámica favoreció la participación activa, permitió aclarar conceptos erróneos frecuentes y promovió un ambiente de confianza e interacción entre los asistentes. A continuación, se presentó el Programa de Salud Bucal, resaltando su objetivo, las principales estrategias implementadas por la Secretaría Distrital de Salud y su articulación con la Atención Primaria en Salud, enfatizando la importancia de las acciones de promoción, prevención e inducción a la demanda para mejorar las condiciones de salud bucal de la población. Seguidamente se abordó el tema de las principales enfermedades bucales e higiene oral, explicando las características de la caries dental, la enfermedad periodontal y otras alteraciones frecuentes, así como los factores de riesgo asociados. Además, se reforzaron las prácticas adecuadas de higiene oral, la técnica correcta

ACTA DE REUNIÓN

de cepillado, el uso del hilo dental, la importancia de una alimentación saludable y la necesidad de realizar controles odontológicos periódicos.

Posteriormente se socializó la estrategia Soy Generación Más Sonriente (SGMS), destacando sus objetivos, población beneficiaria, intervenciones desarrolladas y la importancia de la aplicación del barniz de flúor como medida preventiva para disminuir la aparición de caries dental en niños, niñas y adolescentes.

En el siguiente espacio se presentaron las intervenciones de promoción y mantenimiento de la salud bucal por curso de vida, describiendo las actividades contempladas en las Rutas Integrales de Atención en Salud para la primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y personas mayores. Asimismo, se fortaleció el conocimiento sobre el papel del agente educativo como promotor de estilos de vida saludables, orientador de las familias e impulsor de la inducción a la demanda de los servicios de salud bucal.

Como actividad práctica se desarrolló la dinámica "El Rinconcito Saludable", conformando cuatro grupos de trabajo, cada uno encargado de diseñar un espacio educativo para la promoción de la salud oral en la comunidad.

Cada grupo abordó una temática específica:

La Estación del Cepillado: demostración de la técnica correcta de cepillado utilizando modelos dentales y promoción del cepillado durante dos minutos.

El Supermercado Dental: clasificación de alimentos protectores y perjudiciales para la salud bucal, fomentando hábitos de alimentación saludable.

El Consultorio sin Miedo: representación de situaciones orientadas a disminuir el temor frente a la consulta odontológica y fortalecer la confianza de niños y cuidadores hacia la atención en salud.

El Hilo Mágico: demostración del uso adecuado de la seda dental mediante modelos anatómicos y actividades lúdicas para reforzar la eliminación de la placa bacteriana.

Durante esta actividad los participantes demostraron creatividad, apropiación de los contenidos y capacidad para adaptar estrategias educativas dirigidas a familias y comunidades.

Como cierre de la capacitación se realizó la construcción de compromisos individuales, donde cada participante expresó una acción concreta que implementará desde su rol para fortalecer la promoción de la salud bucal y la inducción a la demanda de las intervenciones en su territorio.

Finalmente se aplicó el postest, evidenciándose un mejor nivel de comprensión de los temas desarrollados durante la jornada, y posteriormente se diligenció la evaluación de satisfacción de la capacitación, en la cual los participantes manifestaron una percepción favorable respecto a la metodología utilizada, la pertinencia de los contenidos y la aplicabilidad de los conocimientos adquiridos en su labor diaria.

COMPROMISOS	FECHA DE CONTROL	RESPONSIBLE
Implementar actividades educativas sobre salud bucal con las familias y comunidades asignadas.	Permanente	Agentes educativos EAPB Mutul Ser EPS.
Promover hábitos adecuados de higiene oral y alimentación saludable durante las actividades comunitarias	Permanente	Agentes educativos EAPB Mutul Ser EPS.
Incentivar la asistencia oportuna a los servicios de salud bucal y la participación en la estrategia Soy Generación Más Sonriente.	Permanente	Agentes educativos EAPB Mutul Ser EPS.
Aplicar las herramientas pedagógicas aprendidas durante la capacitación en los procesos de educación comunitaria.	Permanente	Agentes educativos EAPB Mutul Ser EPS.

ACTA DE REUNIÓN

REGISTRO DE ASISTENCIA A EVENTOS SALUD PUBLICA

Fecha: 22-07-2026

Hora: 8:00 am

Intensidad horaria: 2 horas y media

Tipo evento: ☒ Capacitación ☐ Reunión

Interno: ☐ Externo: ☒

Comité: ☐ Otro cual: ☐

Temas: Objetivos, estructura del Programa Salud Bucal

- Información básica
- Historia del
- Estrategia de Cooperación más reciente
- RAPS - RALP
- Rol del agente educativo

Objetivo: Fortalecer las competencias de los agentes educativos de la EAPB Salud Bucal

Facilitador: Dily K. Silva Alvarado (Asistente Programática Salud Bucal SPS)

Elaboración: Dily K. Silva Alvarado (Asistente Programática Salud Bucal SPS)

No.	Nombres y apellidos	Cédula	Dependencia	Cargo	Celular	Correo electrónico	Firma
1	Luis Norberto Londoño	114314209	Gestión Bucal	AE	300 823 1419	luisnorberto.londoño@barranquilla.gov.co	[Firma]
2	Dr. Piedad Briceño	103246558	Ag. Educativa	AE	3128911961	piedadbriceño@barranquilla.gov.co	[Firma]
3	Carolina Castañeda Salas	1143246136	Ag. Educativa	AE	300 111 2922	carolinacastaneda@barranquilla.gov.co	[Firma]
4	Rafael Torres	1151450184	Ag. Educativa	AE	300 434 6560	rafaeltorres@barranquilla.gov.co	[Firma]
5	Leonel Escobar	1182455581	Ag. Educativa	AE	3145527722	leonel.escobar@barranquilla.gov.co	[Firma]
6	Enrique Ariza Díaz	1140837029	Ag. Educativa	AE	3046498063	enriqueariza@barranquilla.gov.co	[Firma]
7	Aracely Gómez	1001916268	Ag. Educativa	AE	300 865 8480	aracelygomez@barranquilla.gov.co	[Firma]
8	Andrés Felipe Hernández	102494433	Ag. Educativa	AE	311323112	andresfelipeh@barranquilla.gov.co	[Firma]
9	Andrés Felipe Hernández	1044799582	Ag. Educativa	AE	3044104664	andresfelipeh@barranquilla.gov.co	[Firma]
10	Carolina Torres	104384616	Ag. Educativa	AE	312511659	carolinatorres@barranquilla.gov.co	[Firma]
11	Silvia Patricia Sarmiento	111890177	Ag. Educativa	AE	304652934	silviapatricias@barranquilla.gov.co	[Firma]
12	Luzmila Torres	100277354	Ag. Educativa	AE	304652934	luzmilatorres@barranquilla.gov.co	[Firma]
13	David Londoño	104384616	Agente Educativa	AE	310 696 2440	davidlondoño@barranquilla.gov.co	[Firma]
14	Chala Sarmiento	1044799582	Agente Educativa	AE	300 823 1419	chala.sarmiento@barranquilla.gov.co	[Firma]
15	Carla Mendoza	104384616	Agente Educativa	AE	3044104664	carlamendoza@barranquilla.gov.co	[Firma]
16	Hansel Chávez	104384616	Agente Educativa	AE	304513449	hanselchavez@barranquilla.gov.co	[Firma]

Autorizo a la Alcaldía Distrital de Barranquilla el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

Fecha de Aprobación: 10/02/2025

Versión: 1.1

Calle 34 No. 43-31. Barranquilla, Colombia

BARRANQUILLA.GOV.CO

REGISTRO DE ASISTENCIA A EVENTOS SALUD PUBLICA

Fecha: 22-07-2026

Hora: 8:00 am

Intensidad horaria: 2 horas y media

Tipo evento: ☒ Capacitación ☐ Reunión

Interno: ☐ Externo: ☒

Comité: ☐ Otro cual: ☐

Temas: Objetivos, estructura del Programa Salud Bucal

- Información básica
- Historia del
- Estrategia de Cooperación más reciente
- RAPS - RALP
- Rol del agente educativo

Objetivo: Fortalecer las competencias de los agentes educativos de la EAPB Salud Bucal

Facilitador: Dily K. Silva Alvarado (Asistente Programática Salud Bucal SPS)

Elaboración: Dily K. Silva Alvarado (Asistente Programática Salud Bucal SPS)

No.	Nombres y apellidos	Cédula	Dependencia	Cargo	Celular	Correo electrónico	Firma
1	Marcela María Angulo Tapia	31281315	Gestión Bucal	Agente Educativa	316253713	marcela.angulo@barranquilla.gov.co	[Firma]
2	Carolina Gómez	21610111	Gestión Bucal	Agente Educativa	3141812104	carolinagomez@barranquilla.gov.co	[Firma]
3	Rosario Paz Gutiérrez	27507271	Gestión Bucal	Agente Educativa	3182656813	rosariopaz@barranquilla.gov.co	[Firma]
4	Julia Sarmiento	22600966	Gestión Bucal	Agente Educativa	3226131077	juliasarmiento@barranquilla.gov.co	[Firma]
5	Liliana Gómez	33207206	Gestión Bucal	Agente Educativa	3122488042	lilianagomez@barranquilla.gov.co	[Firma]
6	Chara Blanco	104241616	Gestión Bucal	AE	3137722406	charablanc@barranquilla.gov.co	[Firma]
7	Carolina Gómez	104241616	Gestión Bucal	AE	3006569172	carolinagomez@barranquilla.gov.co	[Firma]
8	Cindy Pardo	104241616	Gestión Bucal	AE	3128911961	cindy.pardo@barranquilla.gov.co	[Firma]
9	Yessy María H.	21581436	Gestión Bucal	AE	3106001146	yessymariah@barranquilla.gov.co	[Firma]
10	Rafael Londoño	33104433	Gestión Bucal	AE	3203205164	rafael.londoño@barranquilla.gov.co	[Firma]
11	Aracely Gómez	3222254	Gestión Bucal	AE	3136033029	aracelygomez@barranquilla.gov.co	[Firma]
12	Paula de la Rosa Polo	31827826	Gestión Bucal	AE	3212108496	paula.rosapolo@barranquilla.gov.co	[Firma]
13	Karolina Tabares Arango	104241616	Gestión Bucal	AE	3044104664	karolinatabares@barranquilla.gov.co	[Firma]
14	Lina Londoño	1044615346	Gestión Bucal	AE	3045200151	linalondoño@barranquilla.gov.co	[Firma]
15	Carla Mendoza	104384616	Gestión Bucal	AE	3044104664	carlamendoza@barranquilla.gov.co	[Firma]
16	Carla Mendoza	33147245	Gestión Bucal	AE	3145380861	carlamendoza@barranquilla.gov.co	[Firma]

Autorizo a la Alcaldía Distrital de Barranquilla el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

Fecha de Aprobación: 10/02/2025

Versión: 1.1

Calle 34 No. 43-31. Barranquilla, Colombia

BARRANQUILLA.GOV.CO

ACTA DE REUNIÓN



ALCALDÍA DE BARRANQUILLA

NIT: 8 9 0 1 0 2 0 1 8 - 1



VERIFICACIÓN
AUTENTICA
CERTIFICADO
AUTENTICA

REGISTRO DE ASISTENCIA A EVENTOS SALUD PUBLICA

Código: MM-GD-SS-F-329

Fecha: 22-07-2026

Hora: 6:00 am

Intensidad horaria: 2 horas y media

Tipo evento:
Interno: ☐ Externo: ☒

☒ Capacitación ☐ Reunión
☐ Comité ☐ Otro cual:

Tema: • Objetivos, estrategias del Programa de Enfermedades Infecciosas • Historia, etc. • Estrategia de Generación de Evidencia • Rol del agente educativo

Objetivo: Fortalecer las competencias de los agentes educativos de la EAPB para el ser EPS. Facilitador: Danyel Torres Maldonado (Referente Programa Salud Ambiental SASS) Alicia Domínguez G. y Jovany Domínguez G. (Profesionales de apoyo SASS)

No.	Nombres y apellidos	Cédula	Dependencia	Cargo	Celular	Correo electrónico	Firma
1	Ernesto García Buitrago	1143137263		Agente educativo	3046440937	ErnestoGarciaBuitrago	Ernesto García
2	Nataly García Lugo	1143114751	Centro de riesgo	Agente educativo	3003785502	NatalyGarciaLugo	Nataly García
3	Linda Jairo G	3048203493	Gerencia de	Agente educativo	3008115643	LindaJairoG	Linda Jairo G
4	Lady Rodríguez	11431139211	Gerencia de R.	Agente educativo	3001872208	LadyRodriguez	Lady Rodríguez
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							

Autorizo a la Alcaldía Distrital de Barranquilla el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

Fecha de Aprobación: 10/02/2025
Versión: 1.1

Calle 34 No. 43-31. Barranquilla.Colombia

BARRANQUILLA.GOV.CO



ACTA DE REUNIÓN



Intervención en el curso natural d

Antes de la
aparición del
factor



Prevención
primordial

Teams needs permission to access your mic
Open your device settings > Privacy & Security
to allow it. You'll then need to leave and rejoi...

LEN A BAR... ST Sandra To... AP Andrea Pu... DB Diana Car... LC LUIS JAVIE... DA DIANA AC... AC Ana Maria... MZ Maria Jos... EB ELIANA CARCAMO-DISTRITO B...

Gomez Gomez

Copilot

28

https://teams.microsoft.com/join/... Webinario Salud Bucal 2 parte

01:55

Take control Chat People Raise React View More Camera Mic Share Leave

Salud

Conocimiento y gestión para el cuidado de la salud bucal

Jueves 23 de julio de 2026

En breve comenzamos

- ✓ Atención de personas con discapacidad en odontología: herramientas clínicas que sí funcionan en consulta
- ✓ Liderando el Cambio del Cuidado de la Salud Bucal

ra Esperanza Gomez Gomez

SO salud oral ... Liz Diaz

ST Sandra To... PIO X (Un...

EV Eusebia A...

Y yanelis (U... U1 UASO BIT...

EB ELIANA CARCAMO-ALCALDIA B...

1/8

Search

9:34 AM 7/23/2026

F1 F2 F3 F4 F5 F6 F7 F8 F9 F10 F11 F12 Delete Scr Lk Prt Scr Pause

ACTA DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES SALUD PÚBLICA
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

CODIGO: MM-GD-SS-F-333

Fecha: 24/07/26	Lugar: Barrio El Bosque - Calle 73 entre carreras 86 y 9
	Hora: 8:00 am - 12:00 pm.

No.	Nombre	Dependencia	Cargo	Firma
1	Felix Gutierrez	OSCC	Coordinador	<i>Felix Gutierrez</i>
2	Liana Carcano	SOS	Profesional Apoyo	<i>Liana Carcano</i>
3	Jesus Barrios B.	SOS	Odontólogo Apoyo	<i>Jesus Barrios B.</i>
4				

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Siendo las 12:00pm nos reunimos en la feria de servicios instalada en el barrio El Bosque, calle 73 entre carreras 86 y 9, ubicada en la localidad Suroccidente, el programa de Salud Bucal de la Secretaría Distrital de Salud, con el objetivo de brindar apoyo y enseñanza de higiene oral a la población asistente a la feria de servicios. Durante la jornada en la feria de servicios continuamos con la participación de los programas Violencia basada en genero, VIH, Zoonosis, Chantajes, oficina de SISEB de la Alcaldía Distrital de Barranquilla, entidades privadas como la clínica del Caribe. La feria está a cargo de la Policía Nacional. Durante la jornada por parte del programa Salud Bucal lo brindamos educación a los asistentes de la feria abordando los siguientes temáticas:

- Enseñanza de higiene oral, técnica de cepillado y uso de Seda Dental.
 - Patologías orales y factores de riesgo.
 - Visitas periódicas al odontólogo y fluorización.
- Se les brinda educación a 24 personas 3 de primera infancia, 4 de infancia, 3 adolescentes, 2 juveniles, 6 adultos y 3 de vejez.

COMPROMISOS

- Ser Multiplicadores de lo aprendido en la jornada y impartir con enseñanza de higiene oral a todos los asistentes asistentes a las ferias de servicios

Jesus Barrios B. SOS (odontólogo Apoyo).

REPRESENTANTE DE LA SECRETARÍA
DISTRITAL DE SALUD

REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN

ASISTENCIA EVENTOS EXTERNOS

TIPO DE EVENTO:

TEMA A TRATAR:

FECHA DE REALIZACIÓN:

FACILITADOR:

Jornada de salud
Educaciones en cuidado de Salud Bucal
24-07-26
Jesús Boma - Eliana Girona

DIRECCIÓN:

LUGAR:

LOCALIDAD:

HORA:

Calle 73 entre Carrepa 86 y 9
Barrio El Bosque
Occidente
8:00 am - 12:00 pm

No	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CURSO DE VIDA	TÉLEFONO	SEXO	ETNIA	GRUPO VULNERABLE	ORGANIZACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Brian Rodríguez	1033816481	1 X 3 4 5 6	3014415822	2	5	7	Coosud	—	Ja An
2	Yulie Vanezas	1007556250		3014415822	1	5	7	Wep EPS	—	Ja An
3	Gisel Rodríguez	1028843767	X	3014415822	1	5	7	Wep EPS	—	Ja An
4	Pauel Rodríguez	1251708168	X	3014415822	1	5	7	Wep EPS	—	Ja An
5	Sulimar Bermudez	5319691		3013318568	1	5	6	Muhol Ser	—	Sulimar B
6	Jacmarys Yanez	5678072	X	3013318568	1	5	6	Muhol Ser	—	Sulimar B
7	Sebastian Blanco	1048099944	X	3106639742	2	5	7	Proteper	—	Yelis
8	Yerlis Hernández	2234126		310663974	1	5	7	Proteper	—	Yelis
9	Marlin Hurtado	1007278377	X	301833624	1	5	7	Muhol Ser	—	Marlin
10	Liz Vizcaino	1147696491	X	301833624	1	5	7	Muhol Ser	—	Liz Vizcaino
11	Marlen Gampo	55314277		3042973711	1	5	7	Muhol Ser	—	Marlen Gampo
12	Marlenis Harbbs	22727156		3017039477	1	5	7	Muhol Ser	—	Marlenis Harbbs
13	Liz M. Tejeda	39090803		X3106333351	1	5	7	Wep EPS	—	No firma
14	Olpo Gómez	22562403		X3116736057	1	5	7	Muhol Ser	—	Olpo Gómez
15	Dani Casslet	72153212	X	3023659007	2	5	7	Muhol Ser	—	Dani Casslet

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS Las personas que firmamos el presente documento autorizamos el uso de imágenes y datos, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 de Ministerio de Comercio, Decreto Distrital 0010 de 2019 y demás normas concordantes, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la Alcaldía Distrital de Barranquilla para tal fin.

Para CURSO DE VIDA

Para SEXO

Para ETNIA

Para GRUPO VULNERABLE

Marque con una X en la casilla: 1 = (0-5 años), 2 = (6 a 11 años), 3 = (12 a 17 años), 4 = (18 a 28 años), 5 = (29 a 59 años), 6 = (60 años o más)

Marque con una X en la casilla: (1 = Femenino), (2 = Masculino), (3 = LGBTI)

Marque con una X en la casilla: (1 = AFRODESCENDIENTES), (2 = INDÍGENA), (3 = RAIZAL), (4 = ROM - GITANO -), (5 = OTRO).

Marque con el numero correspondiente: (1=DISCAPACITADO), (2= DESPLAZADO), (3= DESMOVILIZADO), (4= PRIVADO DE LA LIBERTAD), (5= REINSERTADO), (6 =MIGRANTE), (7 OTROS).

Fecha de Aprobación: 01/08/2024

Versión 2.4

ASISTENCIA EVENTOS EXTERNOS

TIPO DE EVENTO:

TEMA A TRATAR:

FECHA DE REALIZACIÓN:

FACILITADOR:

Jornada de Salud
Educación en cuidados de salud bucal
24-07-26
Jesus Bano - Eliana Ciramo

DIRECCIÓN:

LUGAR:

LOCALIDAD:

HORA:

Calle 73 Entre Carretero 86 y 9
Barrio El Barrio
Suoroccidente
8:00 am - 12:00 m

No	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CURSO DE VIDA	TÉLEFONO	SEXO	ETNIA	GRUPO VULNERABLE	ORGANIZACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Michael Diaz	1043694950	1 2 X 4 5 6	3015713082	2	5	7	(Uwaj) Roleper	—	U. Vivian Diaz
2	Yairneth Garcia	1043495614	X	3015713082	1	5	7	Uwaj EPS	—	Vivian Diaz
3	Yocelyn Garcia	1043714196	X	3015713082	1	5	7	Uwaj EPS	—	Vivian Diaz
4	Viviana Diaz	22505539	X	3015713082	1	5	7	Proleper	—	Viviana Diaz
5	Mario Rodriguez	6786314	X	3166737315	1	5	6	Muhol ser	—	Mario
6	Uwaj Rodriguez	36505403	X	3166737315	1	5	6	Muhol ser	—	Uwaj
7	Mario Rodriguez	(6786314)		—	—	—	—	—	—	Mario
8	Uwaj San Juan	1240490019	X	3166737315	1	5	7	Muhol ser	—	Uwaj
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS Las personas que firmamos el presente documento autorizamos el uso de imágenes y datos, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1077 de 2013 de Ministerio de Comercio, Decreto Distrital 0010 de 2019 y demás normas concordantes, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la Alcaldía Distrital de Barranquilla para tal fin.

Para CURSO DE VIDA

Para SEXO

Para ETNIA

Para GRUPO VULNERABLE

Marque con una X en la casilla: 1 = (0-5 años), 2 = (6 a 11 años), 3 = (12 a 17 años), 4 = (18 a 28 años), 5 = (29 a 59 años), 6 = (60 años o más)

Marque con una X en la casilla: (1 = Femenino), (2 = Masculino), (3 = LGBTI)

Marque con una X en la casilla: (1 = AFRODESCENDIENTES), (2 = INDIGENA), (3 = RAIZAL), (4 = ROM - GITANO -), (5 = OTRO).

Marque con el numero correspondiente: (1=DISCAPACITADO), (2= DESPLAZADO), (3= DESMOVILIZADO), (4= PRIVADO DE LA LIBERTAD), (5= REINSERTADO), (6 =MIGRANTE), (7 = OTROS)

Fecha de Aprobación: 01/08/2024

Versión 2.4

Página 1 de 1

Calle 34 No. 43-31. Barranquilla, Colombia

BARRANQUILLA.GOV.CO







ACTA DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES SALUD PÚBLICA

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

CODIGO: MM-GD-SS-F-333

Fecha: 25/07/2026	Lugar: COMEDOR IED ALFONSO LOPEZ
	Hora: 8 am a 12 pm

No.	Nombre	Dependencia	Cargo	Firma
1	SE ANEXA LISTADO DE ASISTENCIA			
2				
3				
4				

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD
El programa de salud buccal de la Secretaría Distrital de salud participó activamente en la jornada ubicada en el barrio Rebolo de la localidad suroriente, en las instalaciones del IED Alfonso Lopez, dirigido a niños de que están ente 1 y 17 años y sus padres o cuidadores, asistentes al comedor comunitario.
Durante la jornada contamos con la participación del programa Salud bucal, Mired IPS, secretaría de Gobierno y Colgate quienes brindaron educación en salud bucal y obsequiaron kits para el cuidado bucal.
Tema tratado: educación el salud bucal, técnica de cepillado, hábitos alimenticios, cuidados posteriores a La aplicación de barniz de flúor.
Menores fluorizados: 20
Menores impactados con educadión: 46
Padres y/o cuidadores educados: 5

COMPROMISOS
Ser multiplicadores de la información suministrada en el evento
Seguir los cuidados y recomendaciones posteriores a la aplicación del barniz de flúor

REPRESENTANTE DE LA SECRETARÍA
DISTRITAL DE SALUD

REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN

REGISTRO DE ASISTENCIA A EVENTOS SALUD PUBLICA



Código: MM-GD-SS-F-262

Fecha: 25-07-2026				Hora: 8:00 AM - 12:00 PM		Intensidad horaria:	
Tipo evento: Interno: ☐ Externo: ☒				Capacitación ☐ Reunión ☐ Comité ☐ Otro cual: ☐		Tema: - EDUCACIÓN EN SALUD BUCAL - TÉCNICA DE CEPILLADO - USO DE LA SEDA - HÁBITOS ALIMENTICIOS	
Objetivo:				Facilitador: PROG. SALUD BUCAL, MIREN IPS, Sec. GOBIERNO, Colgate			
No.	Nombres y apellidos	Cédula	Dependencia	Cargo	Celular	Correo electrónico	Firma
1	Karim F. Salgado	1047302587	MIREN	Odontólogo PIC	3108014359	casalfareu@hotmail.com	Karim F.
2	Liana Arteta Jimenez	1002011804	M. Red	Higienista	3017791026	lianaartetajimenez@gmail.com	Liana Arteta J.
3	Yajaira Meneses trujillo	31215831	Sec. Distrital de Salud P.	Enfermera	3014354977	yajaira1604@hane.es	Yajaira Meneses
4	Elisano Carcamo	32075628	SDS	Profesional Apoyo	3145028968	elycarcamo2006@gmail.com	Elisano Carcamo
5	Marla Almeyda	2146751	SDS	Prof. de Apoyo	3008044919	odontobloca2026@gmail.com	Marla Almeyda
6	Jesús Barris Barris	104686924	SPS	Profesional Apoyo	3002065803	Pr.jesusbarriosb@colte	Jesús Barris
7	Direy Silva Abumada	22-519.1714	Sec. Distrital de Salud Ref. Pigra. SB	Psicóloga	3012204288	dsilva@barranquillagov.co	Direy Silva
8	Sandy Prada Serna	1121820779	Sec. Gobierno	Psicóloga	3007235511	liber3@hotmail.com	Sandy Prada
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							

Autorizo a la Alcaldía Distrital de Barranquilla el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

Fecha de Aprobación: 10/02/2025
Versión: 1.1

Calle 34 No. 43-31. Barranquilla. Colombia

BARRANQUILLA.GOV.CO







ASISTENCIA EVENTOS EXTERNOS

TIPO DE EVENTO: JORNADA DE SALUD COMUNITARIA DEL ALFONSO LOPEZ
TEMA A TRATAR: EDUCACION EN SALUD BUENAL - PROMOCION
FECHA DE REALIZACION: 25/07/26
FACILITADOR: PREG. SALUD BUENAL, MIREL IPS, COLGATE, COL. 601220

DIRECCION: CEA 26 #17-45
LUGAR: 160 ALFONSO LOPEZ
LOCALIDAD: GUAYAS
HORA: 8 - 12 pm

No	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	CURSO DE VIDA	TELÉFONO	SEXO	ETNIA	GRUPO VULNERABLE	ORGANIZACION	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	MELIS PALOMINO	CC 304364681	1 2 3 4 X 6	324567457	F	5	7	CADACOP	-	Heidi
2	ANDREA MARQUEZ	TI 1083569695	X	3017535811	F	5	7	-	-	Lucian
3	MIGUEL DE LA CRUZ	TI 1045730049	X	32453790X	M	5	7	CADACOP		mi98
4	ISAIAS MESA	TI 1043434756	X	3019943531	M	5	7	COORAMMO		shale aldo
5	JOSE HEREDIA	CC 1240295898	X	3019943531	M	5	7	COORAMMO		shale aldo
6	EDINSON HEREDIA	TI 1143466362	X	3019943531	M	5	7	COORAMMO		shale aldo
7	LEONIS MONSALVO	CC 1007173609	X	3019943531	F	5	7	COORAMMO		shale aldo
8	CELSMAR PLATA	PT 6144495	X	3043013489	F	6	7	MUNAGUE		shale aldo
9	YOMARA ARCANJO	PT 5879365	X	3043013489	F	6	7	MUNAGUE		shale aldo
10	JUAN PEREZ	TI 1143460832	X	-	M	5	7	COORAMMO		shale aldo
11	ANDRES HUERTAS	TI 1143450260	X	-	M	5	7	CADACOP		shale aldo
12	MATIAS ACUNA	TI 1143448747	X	-	M	5	7	SALUDOMAR		shale aldo
13	ANDREA HUERTAS	TI 1093183464	X	-	F	5	7	CADACOP S		shale aldo
14	FRANCIS ROSCO	CC: 1240998260	X	-	F	5	7	COO SALUD	-	shale aldo
15	FRANCIS ROSCO	1158989207	X	-	F	5	7	COO SALUD	-	shale aldo

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS Las personas que firmamos el presente documento autorizamos el uso de imágenes y datos, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 de Ministerio de Comercio, Decreto Distrital 0010 de 2019 y demás normas concordantes, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la Alcaldía Distrital de Barranquilla para tal fin.

Para CURSO DE VIDA Marque con una X en la casilla: 1 = (0-5 años), 2 = (6 a 11 años), 3 = (12 a 17 años), 4 = (18 a 28 años), 5 = (29 a 59 años), 6 = (60 años o más)
Para SEXO Marque con una X en la casilla: (1 = Femenino), (2 = Masculino), (3 = LGBTI)
Para ETNIA Marque con una X en la casilla: (1 = AFRODESCENDIENTES), (2 = INDIGENA), (3 = RAIZAL), (4 = ROM - GITANO -), (5 = OTRO)
Para GRUPO VULNERABLE Marque con el numero correspondiente: (1=DISCAPACITADO), (2= DESPLAZADO), (3= DESMOVILIZADO), (4= PRIVADO DE LA LIBERTAD), (5= REINSERTADO), (6 =MIGRANTE), (7 OTROS).

Fecha de Aprobación: 01/08/2024
Versión 2.4

P8 ASISTENCIA EVENTOS EXTERNOS

TIPO DE EVENTO:

TEMA A TRATAR:

FECHA DE REALIZACIÓN:

FACILITADOR:

Jornada de Salud Bucal Comedor FED Alfonso López
Educación para la Salud Bucal - Fluorización
25-07-26
Programa de Salud Bucal-Hi del FPS-Cajale
Secretaría de Gobierno

DIRECCIÓN:

LUGAR:

LOCALIDAD:

HORA:

Carrera 26 + 17-45
FED Alfonso López
Suroriente
8:00 am - 12:00 pm

No	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CURSO DE VIDA	TÉLEFONO	SEXO	ETNIA	GRUPO VULNERABLE	ORGANIZACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	E Darleidis Guzmán C	1082498716	X	324556764	1	5	7	Uwap EPS	—	Yasneidis
2	E Paula Gámez G.	1082497813	X	324556764	1	5	7	Uwap EPS	—	Yasneidis
3	E Tomy L. Gámez	1081932871	X	324556764	1	5	7	Uwap EPS	—	Yasneidis
4	● José Rodríguez A	—	X	324556764	2	5	7	Uwap EPS	—	Yasneidis
5	E Yosneidi Guzmán P	1193563947	X	324556764	1	5	7	Uwap EPS	—	Yasneidis
6	● Jesús Escorpió J	—	X	314979366	2	5	7	—	—	Consentimiento
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS Las personas que firmamos el presente documento autorizamos el uso de imágenes y datos, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 de Ministerio de Comercio, Decreto Distrital 0010 de 2019 y demás normas concordantes, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la Alcaldía Distrital de Barranquilla para tal fin.

Para CURSO DE VIDA

Para SEXO

Para ETNIA

Para GRUPO VULNERABLE OTROS)

Marque con una X en la casilla: 1 = (0-5 años), 2 = (6 a 11 años), 3 = (12 a 17 años), 4 = (18 a 25 años), 5 = (29 a 59 años), 6: (60 años o más)

Marque con una X en la casilla: (1 = Femenino), (2 = Masculino), (3 = LGTBI)

Marque con una X en la casilla: (1 = AFRODESCENDIENTES), (2 = INDÍGENA), (3 = RAIZAL), (4 = ROM - GITANO -), (5 = OTRO)

Marque con el número correspondiente: (1=DISCAPACITADO), (2= DESPLAZADO), (3= DESMOVILIZADO), (4= PRIVADO DE LA LIBERTAD), (5= REINSERTADO), (6 =MIGRANTE), (7

P8 ASISTENCIA EVENTOS EXTERNOS

TIPO DE EVENTO:

TEMA A TRATAR:

FECHA DE REALIZACIÓN:

FACILITADOR:

Jornada de Salud Bucal Comedor FED Alfonso
Educación para la Salud Bucal - Fluorización
25-07-26
Programa de Salud Bucal - Mi Fed FPS - Glosa
Secretaría de Gobierno

DIRECCIÓN:

LUGAR:

LOCALIDAD:

HORA:

Comedor 26 / 17-45

FED Alfonso López

Sumoriente

8:00 am - 12:00 m

No	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CURSO DE VIDA	TÉLEFONO	SEXO	ETNIA	GRUPO VULNERABLE	ORGANIZACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1 E	Elizabeth Castro Q.	1152945548	1 X 3 4 5 6	3003856039	1	S	7	Proteper		
2 E	Gabriela Reyes C.	1045750793	X	3016032988	1	S	7	—		
3 E	Jesús Rodríguez H.	1044651736	X	3012296232	2	S	7	—		
4 E	Luisa Castro B.	1143470161	X	3024507409	1	S	7	Salud Total		
5 E	Jesús Rodríguez H.	1044230637	X	3012296238	2	S	7	Proteper		
6 E	Luna De la Hoz E.	—	X	3024507409	1	S	7	Coosulud		
7 E	Dionny De la Hoz E.	1045557704	X	3024507409	1	S	7	Coosulud		
8 E	Ariana Castro G.	1143444761	X	3012296139	1	S	7	Proteper		
9 E	Frank Hoz M.	1045726697	X	3019093795	2	S	7	Coosulud		
10 E	Bleidis Fonblaz Z.	1047056809	X	3243585143	1	S	7	Proteper		
11 E	Filiana Acuña H.	1158464066	X	3043834624	1	S	7	Coosulud		
12 E	Yojeris Martínez H.	1043161946	X	3242458648	1	S	7	—		
13 E	Adrián Hoz M.	—	X	3014243331	1	S	7	Coosulud		
14 E	Jhendry Jiménez	1043173842	X	3206588138	2	S	7	—		
15 E	Diosana Díez L.	—	X	3148614630	1	S	(7)6	—		

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS Las personas que firmamos el presente documento autorizamos el uso de imágenes y datos, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 de Ministerio de Comercio, Decreto Distrital 0010 de 2019 y demás normas concordantes, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la Alcaldía Distrital de Barranquilla para tal fin.

Para CURSO DE VIDA

Para SEXO

Para ETNIA

Para GRUPO VULNERABLE OTROS)

Marque con una X en la casilla: 1 = (0-5 años), 2 = (6 a 11 años), 3 = (12 a 17 años), 4 = (18 a 28 años), 5 = (29 a 59 años), 6 = (60 años o más)

Marque con una X en la casilla: (1 = Femenino), (2 = Masculino), (3 = LGBTI)

Marque con una X en la casilla: (1 = AFRODESCENDIENTES), (2 = INDÍGENA), (3 = RAIZAL), (4 = ROM - GITANO -), (5 = OTRO)

Marque con el número correspondiente: (1=DISCAPACITADO), (2= DESPLAZADO), (3= DESMOBILIZADO), (4= PRIVADO DE LA LIBERTAD), (5= REINSERTADO), (6 =MIGRANTE), (7 = OTROS)

Fecha de Aprobación: 01/08/2024
Versión 2.4

ASISTENCIA EVENTOS EXTERNOS

TIPO DE EVENTO: JORNADA DE SALUD BUCAL COMENZAR EN ALFONSO LOPEZ
TEMA A TRATAR: EDUCACIÓN EN SALUD BUCAL - FLOWERZACION
FECHA DE REALIZACION: 25/07/26
FACILITADOR: SALUD BUCAL, MIZERO IPS, COLGATE, SEC. GOBIERNO

DIRECCIÓN: CCA 26 # 17 - 45
LUGAR: IED ALFONSO LOPEZ
LOCALIDAD: SUCORIELITE
HORA: 8 am - 12 pm

No	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	CURSO DE VIDA	TÉLEFONO	SEXO	ETNIA	GRUPO VULNERABLE	ORGANIZACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Giselle Tolentino	cc 1042241810	1 2 3 4 5 6	3008589224	1	5	7	Salud Bucal		Giselle Tolentino
2	Luz Estrella Angulo	cc 1047067735	X	3008589224	1	5	7	Salud Bucal		Giselle Tolentino
3	Denny Angulo	cc 1047065633	X	3008589224	1	5	7	Salud Bucal		Giselle Tolentino
4	Emanuel Velazquez	TI 1043671718	X	—	2	5	7	—		Emanuel
5	Nayara Grauneth	TI 1121647013	X	3242023280	1	5	7	—		Nayara
6	Belén NÚÑEZ	—	X	—	1	5	7	—		Belén
7	Brian Alandete	1047056908	X	—	1	5	7	Mutual Ser		Consentimiento
8	Jarlin Finkalvo Zam	1240689761	X	—	2	5	7	Cajacopi		Ancor Consentimiento
9	Andrea Castillo	—	X	—	1	5	7	—		Andrea
10	Andrea CASTILLA	—	X	3044662340	2	5	7	COOJANNO		Andrea
11	SEBASTIAN MONSIEU	TI 1143436166	X	3015046222	2	5	7	COOJANNO		Sebastian
12	MESIA GUARDIA	—	X	3016755648	2	5	7	—		Consentimiento
13	JUAN MALLOCA	—	X	3009876545	2	5	7	—		Juan
14	LINDA MORENO	TI 1047054447	X	3245676487	1	5	7	CASA COP1		Heriberto
15	JAMES MORENO	TI 1047057427	X	3245676487	2	5	7	CASA COP1		Heriberto

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS Las personas que firmamos el presente documento autorizamos el uso de imágenes y datos, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 de Ministerio de Comercio, Decreto Distrital 0010 de 2019 y demás normas concordantes, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la Alcaldía Distrital de Barranquilla para tal fin.

Para CURSO DE VIDA Marque con una X en la casilla: 1 = (0-5 años), 2 = (6 a 11 años), 3 = (12 a 17 años), 4 = (18 a 28 años), 5 = (29 a 59 años), 6 = (60 años o más)
Para SEXO Marque con una X en la casilla: (1 = Femenino), (2 = Masculino), (3 = LGBTI)
Para ETNIA Marque con una X en la casilla: (1 = AFRODESCENDIENTES), (2 = INDÍGENA), (3 = RAIZAL), (4 = ROM - GITANO -), (5 = OTRO).
Para GRUPO VULNERABLE Marque con el número correspondiente: (1=DISCAPACITADO), (2= DESPLAZADO), DESMOVILIZADO), (4= PRIVADO DE LA LIBERTAD), (5= REINSERTADO), (6=MIGRANTE), (7 OTROS)

Fecha de Aprobación: 01/08/2024
Versión 2.4

	CONSENTIMIENTO INFORMADO BARNIZ DE FLUOR	CÓDIGO	F-ODN-024
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLUOR.

___ Si, quiero que mi hijo (a) recibe el barniz de fluoruro (por favor, complete la parte de abajo de esta forma)

___ No, deseo que mi hijo (a) recibe este servicio de barniz de fluoruro.

Nombres y apellidos del Niño(a)/Adolescente: Sebastian Andres Menalvo Obregon

Fecha de nacimiento: Día 14 Mes 05 Año 2019

Lugar de nacimiento: Municipio Barranquilla Departamento Huila

Masculino: ☒ Femenino: ☐

Grupo étnico al que se reconoce: _____

Domicilio: 1254 13-43 Ciudad: Bebelo Zona: _____

Nombre de la EPS Coosalud

Tipo de Afiliación: Contributivo ☐ Subsidiado ☒ Especial ☐ Sin Afiliación ☐

Nombre del lugar donde se realiza la aplicación _____

Nombre de los Padres/Cuidador: Ledy Menalvo

Antecedentes médicos/odontológicos relevantes:

1. ¿Su hijo (a) alguna vez ha tenido algún problema de salud serio?

NO

2. ¿Cuál fue la última vez que el niño(a)/adolescente, acudió a consulta o tratamiento odontológico?

15 días

3. ¿Qué tipo de atención odontológica recibió?

control

Firma de los Padres Ledy Menalvo Fecha: 25/07/2026

*** Este servicio no reemplaza un examen para una completa evaluación. Es nuestra recomendación asistir de forma regular a consulta odontológica para valoración, atención preventiva y tratamiento regular. ****

ESPACIO PARA USO DE LOS PROFESIONALES SOLAMENTE

Comentarios _____

Numero de dientes presentes: _____ Numero de dientes aplicados: _____

Nombre de quien aplica el barniz: _____

Nombre del profesional responsable: _____

Entidad para la que trabajan: _____

Fecha de la aplicación: Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre comercial del material aplicado: _____

Firma del odontólogo responsable _____

TI 143 466 362.

F

	CONSENTIMIENTO INFORMADO BARNIZ DE FLUOR	CÓDIGO	F-ODN-024
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLUOR.

SI Si, quiero que mi hijo (a) reciba el barniz de fluoruro (por favor, complete la parte de abajo de esta forma)

___ No, deseo que mi hijo (a) reciba este servicio de barniz de fluoruro.

Nombres y apellidos del Niño(a)/Adolescente: Eubon Herrera Monsalvo

Fecha de nacimiento: Día 7 Mes 12 Año 2015

Lugar de nacimiento: Municipio Baranquilla Departamento: Atlántico

Masculino: ☒ Femenino: ☐

Grupo étnico al que se reconoce: _____

Domicilio: C-25 # 10-43 Ciudad: Rebdo Zona: _____

Nombre de la EPS COOSALUD

Tipo de Afiliación: Contributivo _____ Subsidiado ☒ Especial _____ Sin Afiliación _____

Nombre del lugar donde se realiza la aplicación: _____

Nombre de los Padres/Cuidador: Jedis Monsalvo

Antecedentes médicos/odontológicos relevantes:

1. ¿Su hijo (a) alguna vez ha tenido algún problema de salud serio?

NO

2. ¿Cuál fue la última vez que el niño(a)/adolescente acudió a consulta o tratamiento odontológico?

hace 6 meses

3. ¿Qué tipo de atención odontológica recibió?

Firma de los Padres Jedis Monsalvo Fecha: 25-07-2016
Jedis Monsalvo

*** Este servicio no reemplaza un examen para una completa evaluación. Es nuestra recomendación asistir de forma regular a consulta odontológica para valoración, atención preventiva y tratamiento regular. ****

ESPACIO PARA USO DE LOS PROFESIONALES SOLAMENTE

Comentarios: _____

Numero de dientes presentes: _____ Numero de dientes aplicados: _____

Nombre de quien aplica el barniz: _____

Nombre del profesional responsable: _____

Entidad para la que trabajan: _____

Fecha de la aplicación: Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre comercial del material aplicado: _____

Firma del odontólogo responsable _____

TI 143 466 362.

F

	CONSENTIMIENTO INFORMADO BARNIZ DE FLUOR	CÓDIGO	F-ODN-024
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLUOR.

SI Si, quiero que mi hijo (a) recibe el barniz de fluoruro (por favor, complete la parte de abajo de esta forma)

 No, deseo que mi hijo (a) recibe este servicio de barniz de fluoruro.

Nombres y apellidos del Niño(a)/Adolescente: Eulson Herrera Monsalvo

Fecha de nacimiento: Día 7 Mes 12 Año 2015

Lugar de nacimiento: Municipio Barranquilla Departamento: Atlántico

Masculino: ☒ Femenino: ☐

Grupo étnico al que se reconoce:

Domicilio: 25 # 18-43 Ciudad: Rebdo Zona:

Nombre de la EPS COOSALUD

Tipo de Afiliación: Contributivo ☐ Subsidiado ☒ Especial ☐ Sin Afiliación ☐

Nombre del lugar donde se realiza la aplicación

Nombre de los Padres/Cuidador: Jedis Monsalvo

Antecedentes médicos/odontológicos relevantes:

1. ¿Su hijo (a) alguna vez ha tenido algún problema de salud serio?

NO

2. ¿Cuál fue la última vez que el niño(a)/adolescente acudió a consulta o tratamiento odontológico?

hace 6 meses

3. ¿Qué tipo de atención odontológica recibió?

Firma de los Padres Jedis Monsalvo Fecha: 25-07-2016
Jedis Monsalvo

*** Este servicio no reemplaza un examen para una completa evaluación. Es nuestra recomendación asistir de forma regular a consulta odontológica para valoración, atención preventiva y tratamiento regular. ****

ESPACIO PARA USO DE LOS PROFESIONALES SOLAMENTE

Comentarios

Numero de dientes presentes: Numero de dientes aplicados:

Nombre de quien aplica el barniz:

Nombre del profesional responsable:

Entidad para la que trabajan:

Fecha de la aplicación: Día Mes Año

Nombre comercial del material aplicado:

Firma del odontólogo responsable

9240295898

	CONSENTIMIENTO INFORMADO BARNIZ DE FLUOR	CÓDIGO	F-ODN-024
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLUOR.

___ Si, quiero que mi hijo (a) recibe el barniz de fluoruro (por favor, complete la parte de abajo de esta forma)

___ No, desec que mi hijo (a) recibe este servicio de barniz de fluoruro.

Nombres y apellidos del Niño(a)/Adolescente: Jhosua Herrera Monsalvo

Fecha de nacimiento: Día 6 Mes 04 Año 2022

Lugar de nacimiento: Municipio Barranquilla Departamento: Atlántico

Masculino: ☒ Femenino: ☐

Grupo étnico al que se reconoce: _____

Domicilio: C25 H 17-93 Ciudad: Rebdo Zona: _____

Nombre de la EPS coosalvo

Tipo de Afiliación: Contributivo ☐ Subsidiado ☒ Especial ☐ Sin Afiliación ☐

Nombre del lugar donde se realiza la aplicación _____

Nombre de los Padres/Cuidador: Lidia Monsalvo

Antecedentes médicos/odontológicos relevantes:

1. ¿Su hijo (a) alguna vez ha tenido algún problema de salud serio?

6 meses

2. ¿Cuál fue la última vez que el niño(a)/adolescente, acudió a consulta o tratamiento odontológico?

central

3. ¿Qué tipo de atención odontológica recibió?

Firma de los Padres Lidia Monsalvo Fecha: 25/07/2026

*** Este servicio no reemplaza un examen para una completa evaluación. Es nuestra recomendación asistir de forma regular a consulta odontológica para valoración, atención preventiva y tratamiento regular. *****

ESPACIO PARA USO DE LOS PROFESIONALES SOLAMENTE

Comentarios _____

Numero de dientes presentes: _____ Numero de dientes aplicados: _____

Nombre de quien aplica el barniz: _____

Nombre del profesional responsable: _____

Entidad para la que trabajan: _____

Fecha de la aplicación: Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre comercial del material aplicado: _____

Firma del odontólogo responsable _____

1043 474 786

7

	CONSENTIMIENTO INFORMADO BARNIZ DE FLUOR	CÓDIGO	F-ODN-024
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLUOR.

☒ Sí, quiero que mi hijo (a) reciba el barniz de fluoruro (por favor, complete la parte de abajo de esta forma)

☐ No, deseo que mi hijo (a) reciba este servicio de barniz de fluoruro.

Nombres y apellidos del Niño(a)/Adolescente: Isaías David Mesa Monsalvo

Fecha de nacimiento: Día 26 Mes 04 Año 2016

Lugar de nacimiento: Municipio Barranquilla Departamento: Arauca

Masculino: ☐ Femenino: ☐

Grupo étnico al que se reconoce: _____

Domicilio: C25 H 17-43 Ciudad: Rebdo Zona: _____

Nombre de la EPS coasalvo

Tipo de Afiliación: Contributivo ☐ Subsidiado ☒ Especial ☐ Sin Afiliación ☐

Nombre del lugar donde se realiza la aplicación _____

Nombre de los Padres/Cuidador: Jedis Monsalvo

Antecedentes médicos/odontológicos relevantes:

1. ¿Su hijo (a) alguna vez ha tenido algún problema de salud serio?

NO

2. ¿Cuál fue la última vez que el niño(a)/adolescente, acudió a consulta o tratamiento odontológico?

1 mes y medio

3. ¿Qué tipo de atención odontológica recibió?

Firma de los Padres Jedis Monsalvo Fecha: _____

*** Este servicio no reemplaza un examen para una completa evaluación. Es nuestra recomendación asistir de forma regular a consulta odontológica para valoración, atención preventiva y tratamiento regular. ****

ESPACIO PARA USO DE LOS PROFESIONALES SOLAMENTE

Comentarios _____

Numero de dientes presentes: _____ Numero de dientes aplicados: _____

Nombre de quien aplica el barniz: _____

Nombre del profesional responsable: _____

Entidad para la que trabajan: _____

Fecha de la aplicación: Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre comercial del material aplicado: _____

Firma del odontólogo responsable _____

1045730044

	CONSENTIMIENTO INFORMADO BARNIZ DE FLUOR	CÓDIGO	F-ODN-024
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLUOR.

Yo Si, quiero que mi hijo (a) recibe el barniz de fluoruro (por favor, complete la parte de abajo de esta forma)

___ No, deseo que mi hijo (a) recibe este servicio de barniz de fluoruro.

Nombres y apellidos del Niño(a)/Adolescente: Miguel Dolores Gosalbo

Fecha de nacimiento: Día 15 Mes DIC Año 2013

Lugar de nacimiento: Municipio Barranquilla Departamento: otro

Masculino: ☒ Femenino: ☐

Grupo étnico al que se reconoce: _____

Domicilio: Cra 29 2218 Ciudad: Barranquilla Zona: _____

Nombre de la EPS Colacops

Tipo de Afiliación: Contributivo ☐ Subsidiado ☒ Especial ☐ Sin Afiliación ☐

Nombre del lugar donde se realiza la aplicación _____

colegio Alfonso Lopez

Nombre de los Padres/Cuidador: _____

Antecedentes médicos/odontológicos relevantes:

1. ¿Su hijo (a) alguna vez ha tenido algún problema de salud serio?

2. ¿Cuál fue la última vez que el niño(a)/adolescente, acudió a consulta o tratamiento odontológico?

3. ¿Qué tipo de atención odontológica recibió?

Firma de los Padres Miguel Dolores Fecha: 25 jul 2020

*** Este servicio no reemplaza un examen para una completa evaluación. Es nuestra recomendación asistir de forma regular a consulta odontológica para valoración, atención preventiva y tratamiento regular. ****

ESPACIO PARA USO DE LOS PROFESIONALES SOLAMENTE

Comentarios: _____

Numero de dientes presentes: _____ Numero de dientes aplicados: _____

Nombre de quien aplica el barniz: _____

Nombre del profesional responsable: _____

Entidad para la que trabajan: _____

Fecha de la aplicación: Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre comercial del material aplicado: _____

Firma del odontólogo responsable _____

	CONSENTIMIENTO INFORMADO BARNIZ DE FLUOR	CÓDIGO	F-ODN-024
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLUOR.

☒ Sí, quiero que mi hijo (a) recibe el barniz de fluoruro (por favor, complete la parte de abajo de esta forma)

☐ No, deseo que mi hijo (a) recibe este servicio de barniz de fluoruro.

Nombres y apellidos del Niño(a)/Adolescente: JESU DAVID ESCOBAR LOBO

Fecha de nacimiento: Día 26 Mes 11 Año 2017

Lugar de nacimiento: Municipio Barraququilla Departamento: Atlántico

Masculino: ☒ Femenino: ☐

Grupo étnico al que se reconoce: _____

Domicilio: _____ Ciudad: Barraququilla Zona: _____

Nombre de la EPS Mutacaser

Tipo de Afiliación: Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Especial ☒ Sin Afiliación ☐

Nombre del lugar donde se realiza la aplicación Colegio distrital

Alonso Lopez

Nombre de los Padres/Cuidador: Greys Romero

Antecedentes médicos/odontológicos relevantes:

1. ¿Su hijo (a) alguna vez ha tenido algún problema de salud serio?

NO

2. ¿Cuál fue la última vez que el niño(a)/adolescente, acudió a consulta o tratamiento odontológico?

el año pasado

3. ¿Qué tipo de atención odontológica recibió?

le sacaron un diente

Firma de los Padres Greys Romero

Fecha: 25-07-2026

*** Este servicio no reemplaza un examen para una completa evaluación. Es nuestra recomendación asistir de forma regular a consulta odontológica para valoración, atención preventiva y tratamiento regular. ****

ESPACIO PARA USO DE LOS PROFESIONALES SOLAMENTE.

Comentarios _____

Numero de dientes presentes: _____ Numero de dientes aplicados: _____

Nombre de quien aplica el barniz: _____

Nombre del profesional responsable: _____

Entidad para la que trabajan: _____

Fecha de la aplicación: Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre comercial del material aplicado: _____

Firma del odontólogo responsable _____

	CONSENTIMIENTO INFORMADO BARNIZ DE FLUOR	CÓDIGO	F-ODN-024
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLUOR.

* SI Sí, quiero que mi hijo (a) recibe el barniz de fluoruro (por favor, complete la parte de abajo de esta forma)

SI No, deseo que mi hijo (a) recibe este servicio de barniz de fluoruro.

Nombres y apellidos del Niño(a)/Adolescente: mesia Guardia Garcia

Fecha de nacimiento: Día 28 Mes 11 Año 2013

Lugar de nacimiento: Municipio Barrquilla Departamento: Atlantico

Masculino: X Femenino: _____

Grupo étnico al que se reconoce: _____

Domicilio: Calle 24 # 29185 Ciudad: Baguilla Zona: _____

Nombre de la EPS _____

Tipo de Afiliación: Contributivo _____ Subsidiado X Especial _____ Sin Afiliación _____

Nombre del lugar donde se realiza la aplicación _____

Nombre de los Padres/Cuidador: JUD Garcia Urdora

Antecedentes médicos/odontológicos relevantes:

1. ¿Su hijo (a) alguna vez ha tenido algún problema de salud serio?

ninguno

2. ¿Cuál fue la última vez que el niño(a)/adolescente, acudió a consulta o tratamiento odontológico?

3. ¿Qué tipo de atención odontológica recibió?

no

Firma de los Padres JUD Garcia Fecha: X

*** Este servicio no reemplaza un examen para una completa evaluación. Es nuestra recomendación asistir de forma regular a consulta odontológica para valoración, atención preventiva y tratamiento regular. ****

ESPACIO PARA USO DE LOS PROFESIONALES SOLAMENTE

Comentarios _____

Numero de dientes presentes: _____ Numero de dientes aplicados: _____

Nombre de quien aplica el barniz: _____

Nombre del profesional responsable: _____

Entidad para la que trabajan: _____

Fecha de la aplicación: Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre comercial del material aplicado: _____

Firma del odontólogo responsable _____

1043161946

F

	CONSENTIMIENTO INFORMADO BARNIZ DE FLUOR	CÓDIGO	F-ODN-024
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLUOR.

☒ Si, quiero que mi hijo (a) recibe el barniz de fluoruro (por favor, complete la parte de abajo de esta forma)

☐ No, deseo que mi hijo (a) recibe este servicio de barniz de fluoruro.

Nombres y apellidos del Niño(a)/Adolescente: YANEIRYS JULIETH MARTINEZ HERNANDEZ

Fecha de nacimiento: Día 26 Mes 8 Año 2010

Lugar de nacimiento: Municipio Atlántico Departamento: BARRANQUILLA

Masculino: ☐ Femenino: ☒

Grupo étnico al que se reconoce: NINGUNO

Domicilio: CALLE 21 #29-108 Ciudad: BARRANQUILLA Zona:

Nombre de la EPS: SALUD TOTAL CONTRIBUTIVO

Tipo de Afiliación: Contributivo ☒ Subsidiado ☐ Especial ☐ Sin Afiliación ☐

Nombre del lugar donde se realiza la aplicación: COLEGIO ALFONSO LOPEZ

Nombre de los Padres/Cuidador: YANEIRYS HERNANDEZ P.

Antecedentes médicos/odontológicos relevantes:

1. ¿Su hijo (a) alguna vez ha tenido algún problema de salud serio?

NINGUNO

2. ¿Cuál fue la última vez que el niño(a)/adolescente, acudió a consulta o tratamiento odontológico?

NO

3. ¿Qué tipo de atención odontológica recibió?

NINGUNA

Firma de los Padres: Yaneirys Hernandez Fecha: 25/07/2026

*** Este servicio no reemplaza un examen para una completa evaluación. Es nuestra recomendación asistir de forma regular a consulta odontológica para valoración, atención preventiva y tratamiento regular. ****

ESPACIO PARA USO DE LOS PROFESIONALES SOLAMENTE

Comentarios:

Numero de dientes presentes: Numero de dientes aplicados:

Nombre de quien aplica el barniz:

Nombre del profesional responsable:

Entidad para la que trabajan:

Fecha de la aplicación: Día Mes Año

Nombre comercial del material aplicado:

Firma del odontólogo responsable

tiene 6 años
Registro civil 1240689761

	CONSENTIMIENTO INFORMADO BARNIZ DE FLUOR	CÓDIGO	F-ODN-024
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLUOR.

40 Si, quiero que mi hijo (a) reciba el barniz de fluoruro (por favor, complete la parte de abajo de esta forma)

Sí No, deseo que mi hijo (a) reciba este servicio de barniz de fluoruro.

Nombres y apellidos del Niño(a)/Adolescente: Jarlan Fontalvo Zambrano

Fecha de nacimiento: Día 19 Mes 09 Año 2019

Lugar de nacimiento: Municipio Blquíua Departamento: Atlántico

Masculino: ☒ Femenino: ☐

Grupo étnico al que se reconoce: _____

Domicilio: Calle 13 Kva 26-14 Ciudad: Blquíua Zona: Rebalo

Nombre de la EPS Cajacopi

Tipo de Afiliación: Contributivo ☐ Subsidiado ☒ Especial ☐ Sin Afiliación ☐

Nombre del lugar donde se realiza la aplicación Instituto Educativo

Distrital Alfonso López

Nombre de los Padres/Cuidador: Jedys Zambrano Villareal

Antecedentes médicos/odontológicos relevantes:

1. ¿Su hijo (a) alguna vez ha tenido algún problema de salud serio?

NO

2. ¿Cuál fue la última vez que el niño(a)/adolescente, acudió a consulta o tratamiento odontológico?

Antes del mes de mayo

3. ¿Qué tipo de atención odontológica recibió?

limpieza
Firma de los Padres Jedys Zambrano Fecha: 24-07-26

*** Este servicio no reemplaza un examen para una completa evaluación. Es nuestra recomendación asistir de forma regular a consulta odontológica para valoración, atención preventiva y tratamiento regular. ****

ESPACIO PARA USO DE LOS PROFESIONALES SOLAMENTE

Comentarios _____

Numero de dientes presentes: _____ Numero de dientes aplicados: _____

Nombre de quien aplica el barniz: _____

Nombre del profesional responsable: _____

Entidad para la que trabajan: _____

Fecha de la aplicación: Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre comercial del material aplicado: _____

Firma del odontólogo responsable _____

F

1047.056.908 Tarjeta
identificada

	CONSENTIMIENTO INFORMADO BARNIZ DE FLUOR	CÓDIGO	F-ODN-024
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLUOR.

40 Si, quiero que mi hijo (a) recibe el barniz de fluoruro (por favor, complete la parte de abajo de esta forma)

SI No, deseo que mi hijo (a) recibe este servicio de barniz de fluoruro.

Nombres y apellidos del Niño(a)/Adolescente: Briana Alandere Santis

Fecha de nacimiento: Día 31 Mes 01 Año 2015

Lugar de nacimiento: Municipio Baranquilla Departamento: Atlántico

Masculino: ☐ Femenino: ☒

Grupo étnico al que se reconoce: _____

Domicilio: Calle 13 kra 26-14 Ciudad: Biquila Zona: Pebolo

Nombre de la EPS MUTUALSER

Tipo de Afiliación: Contributivo ☐ Subsidiado ☒ Especial ☐ Sin Afiliación ☐

Nombre del lugar donde se realiza la aplicación Instituto Educativo

DISTRITO ALFONSO LOPEZ

Nombre de los Padres/Cuidador: Katuzca Santis Zambrano

Antecedentes médicos/odontológicos relevantes:

1. ¿Su hijo (a) alguna vez ha tenido algún problema de salud serio?

NO

2. ¿Cuál fue la última vez que el niño(a)/adolescente, acudió a consulta o tratamiento odontológico?

finales de mayo

3. ¿Qué tipo de atención odontológica recibió?

Limpieza

Firma de los Padres Katuzca Santis Fecha: 24-07-26

*** Este servicio no reemplaza un examen para una completa evaluación. Es nuestra recomendación asistir de forma regular a consulta odontológica para valoración, atención preventiva y tratamiento regular. ****

ESPACIO PARA USO DE LOS PROFESIONALES SOLAMENTE

Comentarios _____

Numero de dientes presentes: _____ Numero de dientes aplicados: _____

Nombre de quien aplica el barniz: _____

Nombre del profesional responsable: _____

Entidad para la que trabajan: _____

Fecha de la aplicación: Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre comercial del material aplicado: _____

Firma del odontólogo responsable _____

I

1045726697

	CONSENTIMIENTO INFORMADO BARNIZ DE FLUOR	CÓDIGO	F-ODN-024
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLUOR.

Yo Si, quiero que mi hijo (a) recibe el barniz de fluoruro (por favor, complete la parte de abajo de esta forma)

 No, deseo que mi hijo (a) recibe este servicio de barniz de fluoruro.

Nombres y apellidos del Niño(a)/Adolescente: Frank Jairo Meza Martinez

Fecha de nacimiento: Día 01 Mes 10 Año 2011

Lugar de nacimiento: Municipio Barranquilla Departamento: Atlantico

Masculino: X Femenino:

Grupo étnico al que se reconoce: Ninguno

Domicilio: Calle 20 #25-29 Ciudad: Barranquilla Zona: Rebolo

Nombre de la EPS Consalud

Tipo de Afiliación: Contributivo Subsidiado Especial ✓ Sin Afiliación

Nombre del lugar donde se realiza la aplicación

Colegio Distrital Alfonso Lopez

Nombre de los Padres/Cuidador: Edania Martinez Martinez Frank Meza O.

Antecedentes médicos/odontológicos relevantes:

1. ¿Su hijo (a) alguna vez ha tenido algún problema de salud serio?

NO

2. ¿Cuál fue la última vez que el niño(a)/adolescente, acudió a consulta o tratamiento odontológico?

2023

3. ¿Qué tipo de atención odontológica recibió?

limpieza

Firma de los Padres Edania Martinez O. Fecha: 25-07-2026

*** Este servicio no reemplaza un examen para una completa evaluación. Es nuestra recomendación asistir de forma regular a consulta odontológica para valoración, atención preventiva y tratamiento regular. ****

ESPACIO PARA USO DE LOS PROFESIONALES SOLAMENTE

Comentarios

Numero de dientes presentes: Numero de dientes aplicados:

Nombre de quien aplica el barniz:

Nombre del profesional responsable:

Entidad para la que trabajan:

Fecha de la aplicación: Día Mes Año

Nombre comercial del material aplicado:

Firma del odontólogo responsable

T DI

1.043 681 718

F

	CONSENTIMIENTO INFORMADO BARNIZ DE FLUOR	CÓDIGO	F-ODN-024
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLUOR.

☒ Si, quiero que mi hijo (a) recibe el barniz de fluoruro (por favor, complete la parte de abajo de esta forma)

☐ No, deseo que mi hijo (a) recibe este servicio de barniz de fluoruro.

Nombres y apellidos del Niño(a)/Adolescente: Emanuel Andes Velásquez Molineros

Fecha de nacimiento: Día 01 Mes 09 Año 2010

Lugar de nacimiento: Municipio Barranquilla Departamento: Atlántico

Masculino: ☒ Femenino: ☐

Grupo étnico al que se reconoce: _____

Domicilio: Calle 15 # 25 83 Ciudad: Barranquilla Zona: Urbana

Nombre de la EPS COOSALUD

Tipo de Afiliación: Contributivo ☐ Subsidiado ☒ Especial ☐ Sin Afiliación ☐

Nombre del lugar donde se realiza la aplicación: _____

Nombre de los Padres/Cuidador: Belkis Molineros Velásquez

Antecedentes médicos/odontológicos relevantes:

1. ¿Su hijo (a) alguna vez ha tenido algún problema de salud serio?

Trauma dental por caída Tratamiento con Brackets

2. ¿Cuál fue la última vez que el niño(a)/adolescente, acudió a consulta o tratamiento odontológico?

el 27 de junio

3. ¿Qué tipo de atención odontológica recibió?

Controles de Brackets

Firma de los Padres Belkis Molineros Velásquez Fecha: _____

*** Este servicio no reemplaza un examen para una completa evaluación. Es nuestra recomendación asistir de forma regular a consulta odontológica para valoración, atención preventiva y tratamiento regular. ****

ESPACIO PARA USO DE LOS PROFESIONALES SOLAMENTE

Comentarios: _____

Numero de dientes presentes: _____ Numero de dientes aplicados: _____

Nombre de quien aplica el barniz: _____

Nombre del profesional responsable: _____

Entidad para la que trabajan: _____

Fecha de la aplicación: Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre comercial del material aplicado: _____

Firma del odontólogo responsable: _____

R.C 1047065633

F

	CONSENTIMIENTO INFORMADO BARNIZ DE FLUOR	CÓDIGO	F-ODN-024
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLUOR.

☒ Sí, quiero que mi hijo (a) recibe el barniz de fluoruro (por favor, complete la parte de abajo de esta forma)

☐ No, deseo que mi hijo (a) recibe este servicio de barniz de fluoruro.

Nombres y apellidos del Niño(a)/Adolescente: wendy Angulo Tolentino

Fecha de nacimiento: Día 25 Mes 12 Año 2021

Lugar de nacimiento: Municipio Barranquilla Departamento: Atlántico

Masculino: ☐ Femenino: ☒

Grupo étnico al que se reconoce: _____

Domicilio: calle 15 #29-94 Ciudad: Barranquilla Zona: _____

Nombre de la EPS Salud Total

Tipo de Afiliación: Contributivo ☒ Subsidiado ☐ Especial ☐ Sin Afiliación ☐

Nombre del lugar donde se realiza la aplicación _____

Nombre de los Padres/Cuidador: Alvaro Angulo Ascarot

Antecedentes médicos/odontológicos relevantes:

1. ¿Su hijo (a) alguna vez ha tenido algún problema de salud serio?

NO

2. ¿Cuál fue la última vez que el niño(a)/adolescente, acudió a consulta o tratamiento odontológico?

6 meses

3. ¿Qué tipo de atención odontológica recibió?

Higiene

Firma de los Padres Giselle Tolentino Fecha: 25-07-2026

*** Este servicio no reemplaza un examen para una completa evaluación. Es nuestra recomendación asistir de forma regular a consulta odontológica para valoración, atención preventiva y tratamiento regular. ****

ESPACIO PARA USO DE LOS PROFESIONALES SOLAMENTE

Comentarios _____

Numero de dientes presentes: _____ Numero de dientes aplicados: _____

Nombre de quien aplica el barniz: _____

Nombre del profesional responsable: _____

Entidad para la que trabajan: _____

Fecha de la aplicación: Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre comercial del material aplicado: _____

Firma del odontólogo responsable _____

RC. 1047063775

F

	CONSENTIMIENTO INFORMADO BARNIZ DE FLUOR	CÓDIGO	F-ODN-024
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLUOR.

☒ Sí, quiero que mi hijo (a) reciba el barniz de fluoruro (por favor, complete la parte de abajo de esta forma)

☐ No, deseo que mi hijo (a) reciba este servicio de barniz de fluoruro.

Nombres y apellidos del Niño(a)/Adolescente: Luz Estrella Angulo Valdez

Fecha de nacimiento: Día 29 Mes 11 Año 2018

Lugar de nacimiento: Municipio Barranquilla Departamento: Atlántico

Masculino: ☐ Femenino: ☒

Grupo étnico al que se reconoce: _____

Domicilio: Calle 15 #29-94 Ciudad: Barranquilla Zona: _____

Nombre de la EPS Salud total

Tipo de Afiliación: Contributivo ☒ Subsidiado ☐ Especial ☐ Sin Afiliación ☐

Nombre del lugar donde se realiza la aplicación: _____

Nombre de los Padres/Cuidador: Alvaro Angulo Escut

Antecedentes médicos/odontológicos relevantes:

1. ¿Su hijo (a) alguna vez ha tenido algún problema de salud serio?

NO

2. ¿Cuál fue la última vez que el niño(a)/adolescente, acudió a consulta o tratamiento odontológico?

6 meses

3. ¿Qué tipo de atención odontológica recibió?

odontopediatria

Firma de los Padres Disette Delantino Fecha: 25-07-20

*** Este servicio no reemplaza un examen para una completa evaluación. Es nuestra recomendación asistir de forma regular a consulta odontológica para valoración, atención preventiva y tratamiento regular. ****

ESPACIO PARA USO DE LOS PROFESIONALES SOLAMENTE

Comentarios: _____

Numero de dientes presentes: _____ Numero de dientes aplicados: _____

Nombre de quien aplica el barniz: _____

Nombre del profesional responsable: _____

Entidad para la que trabajan: _____

Fecha de la aplicación: Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre comercial del material aplicado: _____

Firma del odontólogo responsable _____

	CONSENTIMIENTO INFORMADO BARNIZ DE FLUOR	CÓDIGO	F-ODN-024
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLUOR.

____ Sí, quiero que mi hijo (a) reciba el barniz de fluoruro (por favor, complete la parte de abajo de esta forma)

____ No, deseo que mi hijo (a) reciba este servicio de barniz de fluoruro.

Nombres y apellidos del Niño(a)/Adolescente: LUIS ANDREA CASTRO BARRIOS

Fecha de nacimiento: Día 27 Mes 11 Año 2017

Lugar de nacimiento: Municipio Barranquilla Departamento: Atlántico

Masculino: ____ Femenino: X

Grupo étnico al que se reconoce: _____

Domicilio: Calle 16 #26-145 Ciudad: B/guill Zona: _____

Nombre de la EPS Coosmud

Tipo de Afiliación: Contributivo ____ Subsidiado X Especial ____ Sin Afiliación ____

Nombre del lugar donde se realiza la aplicación _____

Nombre de los Padres/Cuidador: LUIS ARIZA ZARCO

Antecedentes médicos/odontológicos relevantes:

1. ¿Su hijo (a) alguna vez ha tenido algún problema de salud serio?

2. ¿Cuál fue la última vez que el niño(a)/adolescente, acudió a consulta o tratamiento odontológico?

3. ¿Qué tipo de atención odontológica recibió?

Firma de los Padres LUIS ARIZA Fecha: 25/07 2026

*** Este servicio no reemplaza un examen para una completa evaluación. Es nuestra recomendación asistir de forma regular a consulta odontológica para valoración, atención preventiva y tratamiento regular. ****

ESPACIO PARA USO DE LOS PROFESIONALES SOLAMENTE

Comentarios _____

Numero de dientes presentes: _____ Numero de dientes aplicados: _____

Nombre de quien aplica el barniz: _____

Nombre del profesional responsable: _____

Entidad para la que trabajan: _____

Fecha de la aplicación: Día ____ Mes ____ Año ____

Nombre comercial del material aplicado: _____

Firma del odontólogo responsable _____

F

1044651736

	CONSENTIMIENTO INFORMADO BARNIZ DE FLUOR	CÓDIGO	F-ODN-024
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLUOR.

☒ Si, quiero que mi hijo (a) reciba el barniz de fluoruro (por favor, complete la parte de abajo de esta forma)

☐ No, deseo que mi hijo (a) reciba este servicio de barniz de fluoruro.

Nombres y apellidos del Niño(a)/Adolescente: Jesus Daniel Rodriguez Nulett

Fecha de nacimiento: Día 3 Mes 12 Año 2013

Lugar de nacimiento: Municipio Barranquilla Departamento: Atlantico

Masculino: ☒ Femenino: ☐

Grupo étnico al que se reconoce: _____

Domicilio: Calle 17 #26-88 Ciudad: Barranquilla Zona: Rebolo

Nombre de la EPS Cajacopi

Tipo de Afiliación: Contributivo ☐ Subsidiado ☒ Especial ☐ Sin Afiliación ☐

Nombre del lugar donde se realiza la aplicación: _____

Nombre de los Padres/Cuidador: Nelly Nulett Escorcia

Antecedentes médicos/odontológicos relevantes:

1. ¿Su hijo (a) alguna vez ha tenido algún problema de salud serio?

Si

2. ¿Cuál fue la última vez que el niño(a)/adolescente, acudió a consulta o tratamiento odontológico?

3. ¿Qué tipo de atención odontológica recibió?

Firma de los Padres Nelly Nulett E. Fecha: _____

*** Este servicio no reemplaza un examen para una completa evaluación. Es nuestra recomendación asistir de forma regular a consulta odontológica para valoración, atención preventiva y tratamiento regular. ****

ESPACIO PARA USO DE LOS PROFESIONALES SOLAMENTE

Comentarios: _____

Numero de dientes presentes: _____ Numero de dientes aplicados: _____

Nombre de quien aplica el barniz: _____

Nombre del profesional responsable: _____

Entidad para la que trabajan: _____

Fecha de la aplicación: Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre comercial del material aplicado: _____

Firma del odontólogo responsable _____

1047 054 447

	CONSENTIMIENTO INFORMADO BARNIZ DE FLUOR	CÓDIGO	F-ODN-024
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLUOR.

☒ Si, quiero que mi hijo (a) recibe el barniz de fluoruro (por favor, complete la parte de abajo de esta forma)

☐ No, deseo que mi hijo (a) recibe este servicio de barniz de fluoruro.

Nombres y apellidos del Niño(a)/Adolescente: LINDA LUZ MORENO PALOMINO

Fecha de nacimiento: Día 04 Mes AGO Año 2012

Lugar de nacimiento: Municipio BARRANQUILLA Departamento: ATLANTICO

Masculino: ☐ Femenino: ☒

Grupo étnico al que se reconoce: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Zona: _____

Nombre de la EPS CAJACOPÍ

Tipo de Afiliación: Contributivo ☐ Subsidiado ☒ Especial ☐ Sin Afiliación ☐

Nombre del lugar donde se realiza la aplicación: _____

Nombre de los Padres/Cuidador: MARLIS PALOMINO ESCOBAR

Antecedentes médicos/odontológicos relevantes:

1. ¿Su hijo (a) alguna vez ha tenido algún problema de salud serio?

2. ¿Cuál fue la última vez que el niño(a)/adolescente, acudió a consulta o tratamiento odontológico?

EL AÑO PASADO 2025

3. ¿Qué tipo de atención odontológica recibió?

LIMPIEZA BOCAL

Firma de los Padres Marlis Palomino Fecha: 24 de JULIO

*** Este servicio no reemplaza un examen para una completa evaluación. Es nuestra recomendación asistir de forma regular a consulta odontológica para valoración, atención preventiva y tratamiento regular. *****

ESPACIO PARA USO DE LOS PROFESIONALES SOLAMENTE

Comentarios _____

Numero de dientes presentes: _____ Numero de dientes aplicados: _____

Nombre de quien aplica el barniz: _____

Nombre del profesional responsable: _____

Entidad para la que trabajan: _____

Fecha de la aplicación: Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre comercial del material aplicado: _____

Firma del odontólogo responsable _____

1047 057 427

	CONSENTIMIENTO INFORMADO BARNIZ DE FLUOR	CÓDIGO	F-ODN-024
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLUOR.

☒ Sí, quiero que mi hijo (a) reciba el barniz de fluoruro (por favor, complete la parte de abajo de esta forma)

☐ No, deseo que mi hijo (a) reciba este servicio de barniz de fluoruro.

Nombres y apellidos del Niño(a)/Adolescente: JAMES DAVID MORENO PALOMINO

Fecha de nacimiento: Día 04 Mes Dic Año 2014

Lugar de nacimiento: Municipio BARRANQUILLA Departamento: ATLANTICO

Masculino: ☒ Femenino: ☐

Grupo étnico al que se reconoce: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Zona: _____

Nombre de la EPS Caja Costi

Tipo de Afiliación: Contributivo ☐ Subsidiado ☒ Especial ☐ Sin Afiliación ☐

Nombre del lugar donde se realiza la aplicación: _____

Nombre de los Padres/Cuidador: MERLIS PALOMINO ESCOBAR

Antecedentes médicos/odontológicos relevantes:

1. ¿Su hijo (a) alguna vez ha tenido algún problema de salud serio?

2. ¿Cuál fue la última vez que el niño(a)/adolescente, acudió a consulta o tratamiento odontológico?

EL AÑO PASADO 2025

3. ¿Qué tipo de atención odontológica recibió?

LIMPIEZA bucal

Firma de los Padres Merlis Palomino Fecha: 24 de Julio

*** Este servicio no reemplaza un examen para una completa evaluación. Es nuestra recomendación asistir de forma regular a consulta odontológica para valoración, atención preventiva y tratamiento regular. ****

ESPACIO PARA USO DE LOS PROFESIONALES SOLAMENTE

Comentarios _____

Numero de dientes presentes: _____ Numero de dientes aplicados: _____

Nombre de quien aplica el barniz: _____

Nombre del profesional responsable: _____

Entidad para la que trabajan: _____

Fecha de la aplicación: Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre comercial del material aplicado: _____

Firma del odontólogo responsable _____

1158469207

	CONSENTIMIENTO INFORMADO BARNIZ DE FLUOR	CÓDIGO	F-ODN-024
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLUOR.

☐ Si, quiero que mi hijo (a) reciba el barniz de fluoruro (por favor, complete la parte de abajo de esta forma)

☐ No, deseo que mi hijo (a) reciba este servicio de barniz de fluoruro.

Nombres y apellidos del Niño(a)/Adolescente: TIANYA MICHEL MOSCOTE LOBO

Fecha de nacimiento: Día 28 Mes 10 Año 2020

Lugar de nacimiento: Municipio BAERENQUILLA Departamento: ATLANTICO

Masculino: ☐ Femenino: ☒ Mujer

Grupo étnico al que se reconoce: _____

Domicilio: _____ Ciudad: BAERENQUILLA Zona: _____

Nombre de la EPS COO SAJUD

Tipo de Afiliación: Contributivo ☐ Subsidiado ☒ Especial ☐ Sin Afiliación ☐

Nombre del lugar donde se realiza la aplicación _____

Nombre de los Padres/Cuidador: ALBERTO MOSCOTE GUTIERREZ

Antecedentes médicos/odontológicos relevantes:

1. ¿Su hijo (a) alguna vez ha tenido algún problema de salud serio?

NO

2. ¿Cuál fue la última vez que el niño(a)/adolescente, acudió a consulta o tratamiento odontológico?

3 MESES

3. ¿Qué tipo de atención odontológica recibió?

limpieza de dientes

Firma de los Padres [Firma] Fecha: 25-07-2026

*** Este servicio no reemplaza un examen para una completa evaluación. Es nuestra recomendación asistir de forma regular a consulta odontológica para valoración, atención preventiva y tratamiento regular. *****

ESPACIO PARA USO DE LOS PROFESIONALES SOLAMENTE

Comentarios _____

Numero de dientes presentes: _____ Numero de dientes aplicados: _____

Nombre de quien aplica el barniz: _____

Nombre del profesional responsable: _____

Entidad para la que trabajan: _____

Fecha de la aplicación: Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre comercial del material aplicado: _____

Firma del odontólogo responsable _____

12 40498260

	CONSENTIMIENTO INFORMADO BARNIZ DE FLUOR	CÓDIGO	F-ODN-024
		VERSIÓN	1
		PÁGINA	1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLUOR.

___ Si, quiero que mi hijo (a) reciba el barniz de fluoruro (por favor, complete la parte de abajo de esta forma)

___ No, deseo que mi hijo (a) reciba este servicio de barniz de fluoruro.

Nombres y apellidos del Niño(a)/Adolescente: TALIANYS MOSCOTE LOBO

Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 09 Año 2022

Lugar de nacimiento: Municipio BARRANQUILLA Departamento: ATLANTICO

Masculino: ___ Femenino: ☒

Grupo étnico al que se reconoce: _____

Domicilio: _____ Ciudad: BARRANQUILLA Zona: _____

Nombre de la EPS COOSALUD

Tipo de Afiliación: Contributivo ___ Subsidiado ☒ Especial ___ Sin Afiliación ___

Nombre del lugar donde se realiza la aplicación _____

Nombre de los Padres/Cuidador: ALBERTO MOSCOTE GUTIERREZ

Antecedentes médicos/odontológicos relevantes:

1. ¿Su hijo (a) alguna vez ha tenido algún problema de salud serio?

SI BRONCONITIS

2. ¿Cuál fue la última vez que el niño(a)/adolescente, acudió a consulta o tratamiento odontológico?

3 MESES

3. ¿Qué tipo de atención odontológica recibió?

LIMPIEZA de dientes

Firma de los Padres [Firma] Fecha: 25-07-2026

*** Este servicio no reemplaza un examen para una completa evaluación. Es nuestra recomendación asistir de forma regular a consulta odontológica para valoración, atención preventiva y tratamiento regular. ****

ESPACIO PARA USO DE LOS PROFESIONALES SOLAMENTE

Comentarios _____

Numero de dientes presentes: _____ Numero de dientes aplicados: _____

Nombre de quien aplica el barniz: _____

Nombre del profesional responsable: _____

Entidad para la que trabajan: _____

Fecha de la aplicación: Día ___ Mes ___ Año ___

Nombre comercial del material aplicado: _____

Firma del odontólogo responsable _____

C		D	E	F	G	H	I	J	K	L
1		EAPB: SANITAS								
2		MUNICIPIO: BARRANQUILLA								
3		REGIMEN: SUBSIDIADO								
4		Nº TOTAL DE AFILIADOS:								
5		ESTIMACIÓN ANUAL (%)	ESTIMACIÓN TRIMESTRAL (%)	POBLACIÓN AFILIADA POR CURSO DE VIDA I TRIMESTRE	ENE	FEB	MAR	AVANCE DEL INDICADOR I TRIMESTRE (%)	POBLACIÓN AFILIADA POR CURSO DE VIDA I TRIMESTRE	ABB
6		CONSULTA POR PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA DE 6 MESES A 5 AÑOS (UNA VEZ AL AÑO)	80%	20%	1535	65	58	42	11%	1503
7		CONSULTA POR PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA (UNA VEZ AL AÑO)	80%	20%	1972	59	68	117	12%	1957
8		CONSULTA POR PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA (UNA VEZ AL AÑO)	80%	20%	3161	82	99	149	10%	3123
9		CONSULTA POR PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA (UNA VEZ AL AÑO)	80%	20%	5814	105	111	141	6%	5846
10		CONSULTA POR PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA (UNA VEZ AL AÑO)	50%	12.5%	10772	271	255	239	7%	10888
11		CONSULTA POR PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA (UNA VEZ AL AÑO)	50%	12.5%	3452	99	102	76	8%	3516
12		INTERVENCIONES EN SALUD ORAL POR CURSO DE VIDA	META ESPERADA	POBLACIÓN QUE RECIBIÓ DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	POBLACIÓN CON DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL QUE TIENEN DIAGNÓSTICO DE	POBLACIÓN CON DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL QUE TIENEN DIAGNÓSTICO DE	POBLACIÓN CON DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL QUE TIENEN DIAGNÓSTICO DE	PROPORCIÓN DE DETARTRAJES SUPRAGINGIVALES EN POBLACIÓN CON	POBLACIÓN QUE RECIBIÓ DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	POBLACIÓN CON DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL QUE TIENEN DIAGNÓSTICO DE
13		INTERVENCIONES INDIVIDUALES	ATENCION POR ODONT GES	SGMS	INDICADORES TRAZA					

File Home WPS PDF Insert Draw Page Layout Formulas											
Clipboard		Font		Alignment		Number		Conditional Formatting		Cells	
Paste		B I U A A		ab		%		Format as Table		Editing	
		A A						Cell Styles		Templates	
								Styles		AI Data Analysis	
										AI Tools	
										Export to Image	
										Split	
										Merge	
										Output Conversion	
										Create PDF	
										WPS PDF	
M14 X f 118											
A B C D E F G H I J K											
INDICADOR NUMERADOR DENOMINADOR UNIDAD DE MEDIDA POBLACION EVALUADA ENERO FEBRERO MARZO RESULTADO I TRIMESTRE POBLACION EVALUADA ABRIL											
PROPORCIÓN (%) DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE CARIES DENTAL EN LA PRIMERA CONSULTA DEL AÑO Numerador: Número de personas valoradas en su primera consulta odontológica del año durante el periodo evaluado, con diagnóstico de caries según CIE 10 (K02.0 + K02.3) Denominador: Total de personas valoradas en su primera consulta odontológica del año durante el periodo evaluado 2025 110 127 121 18% 1042 117											
PROPORCIÓN (%) DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE GINGIVITIS Y ENFERMEDAD PERIODONTAL EN LA PRIMERA CONSULTA DEL AÑO Numerador: Número de personas valoradas en su primera consulta odontológica del año durante el periodo evaluado, con diagnóstico de gingivitis y enfermedad periodontal según CIE 10 (K05.0 a K05.6) Denominador: Total de personas valoradas en su primera consulta odontológica del año durante el periodo evaluado 2025 326 295 306 50% 1842 379											
PROPORCIÓN (%) DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE FLUOROSIS EN LA PRIMERA CONSULTA DEL AÑO Numerador: Número de personas de primera infancia, infancia y adolescencia valoradas en su primera consulta odontológica del año durante el periodo evaluado, con diagnóstico de fluorosis según CIE 10 (K04.0) Denominador: Total de personas de primera infancia, infancia y adolescencia valoradas en su primera consulta odontológica del año durante el periodo evaluado 2025 1 0 0 0% 876 0											
PROPORCIÓN (%) DE PERSONAS ≥ 18 AÑOS CON PERDIDA DENTAL ASOCIADA A ENFERMEDAD OUCIDENTAL PERIODONTALE Numerador: Número de personas de 18 años o más, atendidas en el servicio de odontología durante el periodo evaluado, a quienes se les realizó al menos una radiografía, con diagnóstico de: Caries dental (CIE-10: K02.0 + K02.3) Enfermedad periodontal (K04.0 + K04.3) Denominador: Total de personas de 18 años o más atendidas en consulto odontológico (primera vez o control) durante el periodo evaluado. 2025 0 5 2 1% 1039 13											
PROPORCIÓN (%) DE PERSONAS CON ÍNDICE COP = 0 EN LA PRIMERA CONSULTA DEL AÑO Numerador: Número de personas de primera infancia, infancia y adolescencia valoradas en su primera consulta odontológica del año durante el periodo evaluado, con índice COP=0 Denominador: Total de personas de primera infancia, infancia y adolescencia valoradas en su primera consulta odontológica del año durante el periodo evaluado. 2025 1305 161 161 258 31% 877 296											
UNIDAD POBLACION RESULTADO POBLACION											
+ :											
Ready Accessibility: Investigate											

ACTA DE VISITA OFICINA SALUD PÚBLICA
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

Fecha (DD/MM/AA): 29-07-26	Lugar: Camino Bosques de María
	Hora: 7:50 am

PARTICIPANTES

No.	Nombre	Dependencia	Cargo	Firma
1	Melitz Pabón	Mi Desd	Odontólogo	[Firma]
2	Lorraine Genthillo	Mi Desd	Odontólogo	[Firma]
3	Annelis Barros	Mi Desd	Higienista	[Firma]
4	Elisaveth Carraño	SDS	Patronal Apoyo	[Firma]

DESARROLLO DE LA VISITA

Siendo las 7:50 am del 29 de julio de 2026 nos reunimos en las instalaciones de la FPS con motivo de realizar Asistencia técnica al equipo del programa de Odontología, reforzando los conocimientos en el lineamiento técnico y operativo de la Dute Integral de Atención en Salud (3280 de 2018) y sobre las orientaciones para valoración y registro y reporte del COP por persona. Se evidencian conocimientos y manejo de la Dute Integral en Salud por cursos de video. Se les recuerda la importancia de la atención a las pacientes antes de las 34 semanas para garantizar el cumplimiento de la prestación a las mismas. Se les recuerda al equipo de Odontología que las próximas fechas para jornada de intensificación será del 20 al 22 de agosto y la de articulación con PAI en el mes de octubre (25), donde se debe garantizar la atención a la población objeto. Se evidencian buen manejo y conocimiento



CODIGO: MM-GD-SS-F-092

por parte de los odontólogos de todo lo relacionado con el manejo del COP identificando criterios como:

- Cines no canicular - Cines canicular
- Sanos - Obturados por cines
- Perdidos por cines - Total presentes

Se les reitera el compromiso y disposición del equipo del Programa de Salud Bucal para brindar Asistencia Técnica que requieren.

COMPROMISOS

- Garantizar la ejecución de las intervenciones individuales e los que tienen derecho los usuarios de acuerdo al curso de vida.
- Diligenciar correctamente los criterios de diagnóstico de acuerdo al COP.

REPRESENTANTE DE LA SECRETARÍA
DISTRITAL DE SALUD

REPRESENTANTE DE LA INSTITUCIÓN

Annette Barros G.



