TIPO DE DOCUMENTO	AREA O PROCESO QUE LO GENERA		DOCUMENTO	PAGINA
FORMATO	GESTION CALIDAD		CONTROLADO	1 DE 1
NOMBRE	CODIGO	VERSION	FECHA DE APROBACION	FECHA VIGENCIA
ACTA REUNION Y/O CAPACITACIÓN	GC-GD-FO-004	4	04/08/2024	4 AÑOS

FECHA	12	03	2026	HORA DE INICIO	09:00AM	HORA DE FINALIZACION	
LUGAR	AUDITORIO E.S.E HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA						
TEMA:	EVENTOS EN SALUD PUBLICA LEISHMANIASIS – TBC / SINTOMATICO RESPIRATORIO						
LIDER DE PROCESO							

OBJETIVO DE LA REUNIÓN O CAPACITACIÓN	1. **Socialización protocolo notificación eventos en salud publica**
	2. Aplicación práctica manera adecuada de colocación tto leishmaniasis.
	3.

COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE

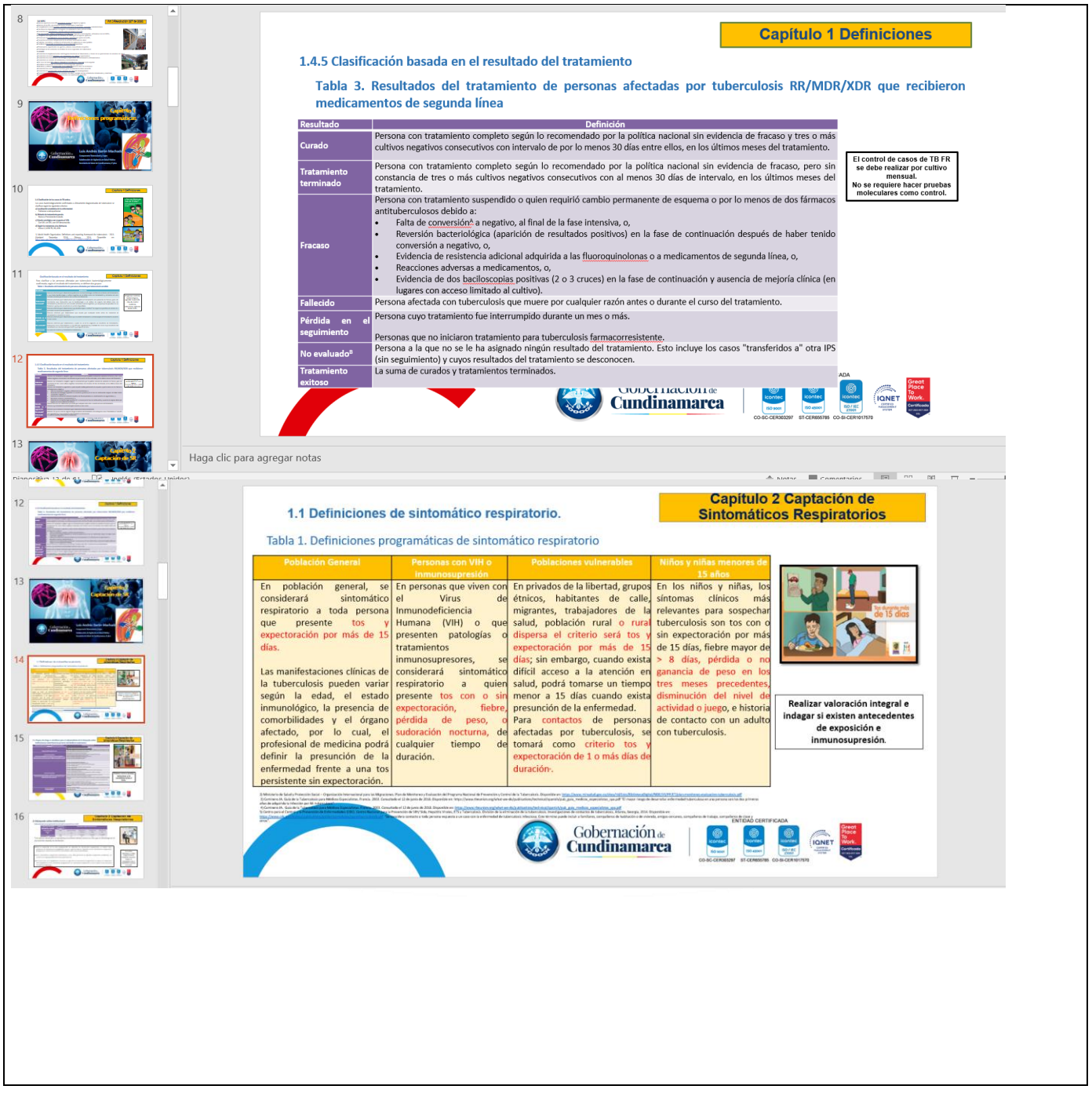
DESARROLLO

En articulación con Ente territorial Alcaldía Municipal intervención y exposición tema sobre TBC y/o Sintomático Respiratorios por parte de Epidemióloga Municipal Maryi Vanessa Molina, y junto con referentes Secretaria de Salud Dra. Bibiana Ramírez y equipo de trabajo para el manejo adecuado de Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis, se realiza exposición de cada uno de los temas realizando enfoque de la importancia de la Detección, Notificación, Tratamiento y Seguimiento de cada uno de los eventos en salud publica en mención para garantizar una atención adecuada y oportuna que garantice la recuperación de los pacientes, los temas tratados son los siguientes:

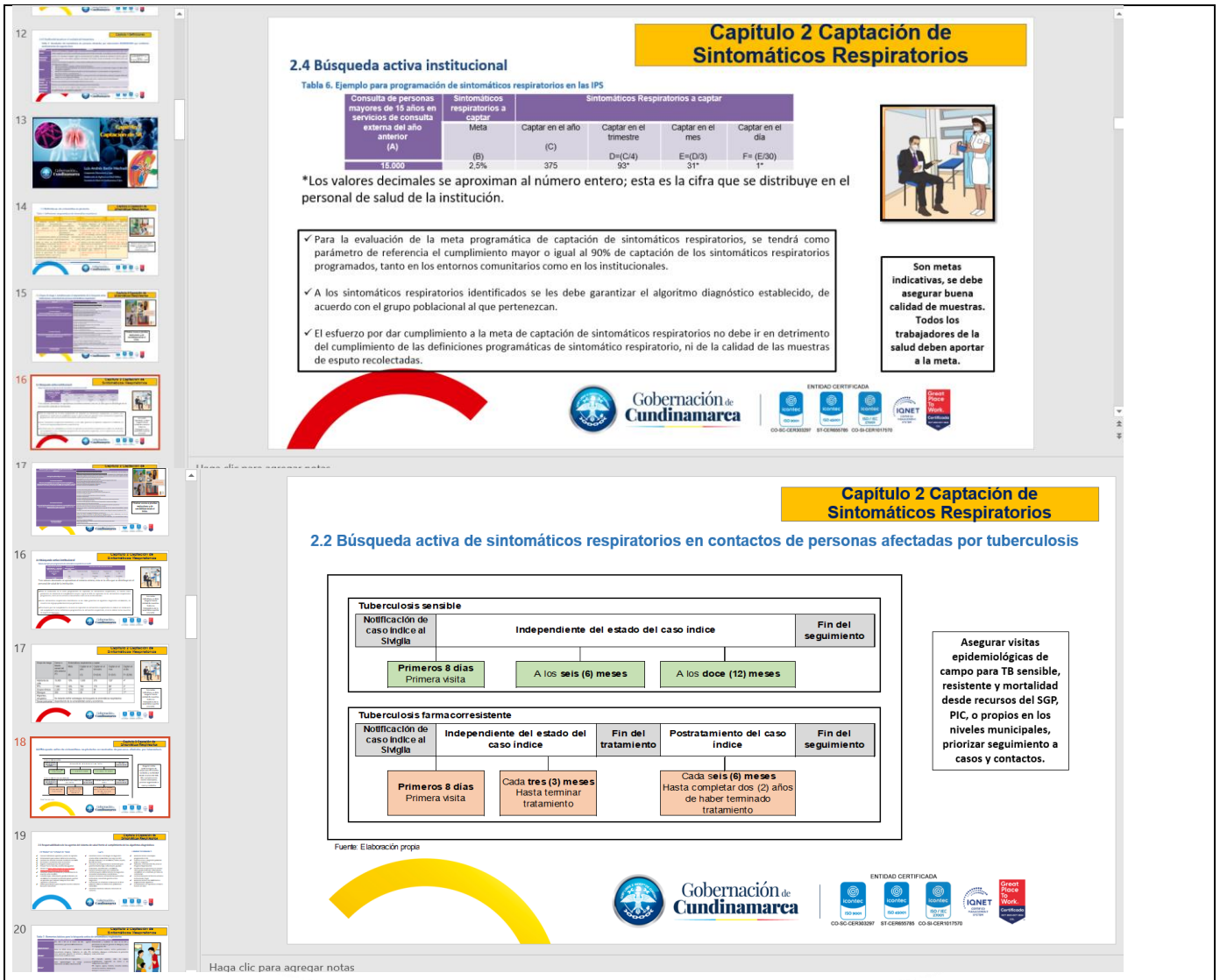
TUBERCULOSIS Y/O SINTOMATICOS RESPIRATORIOS:



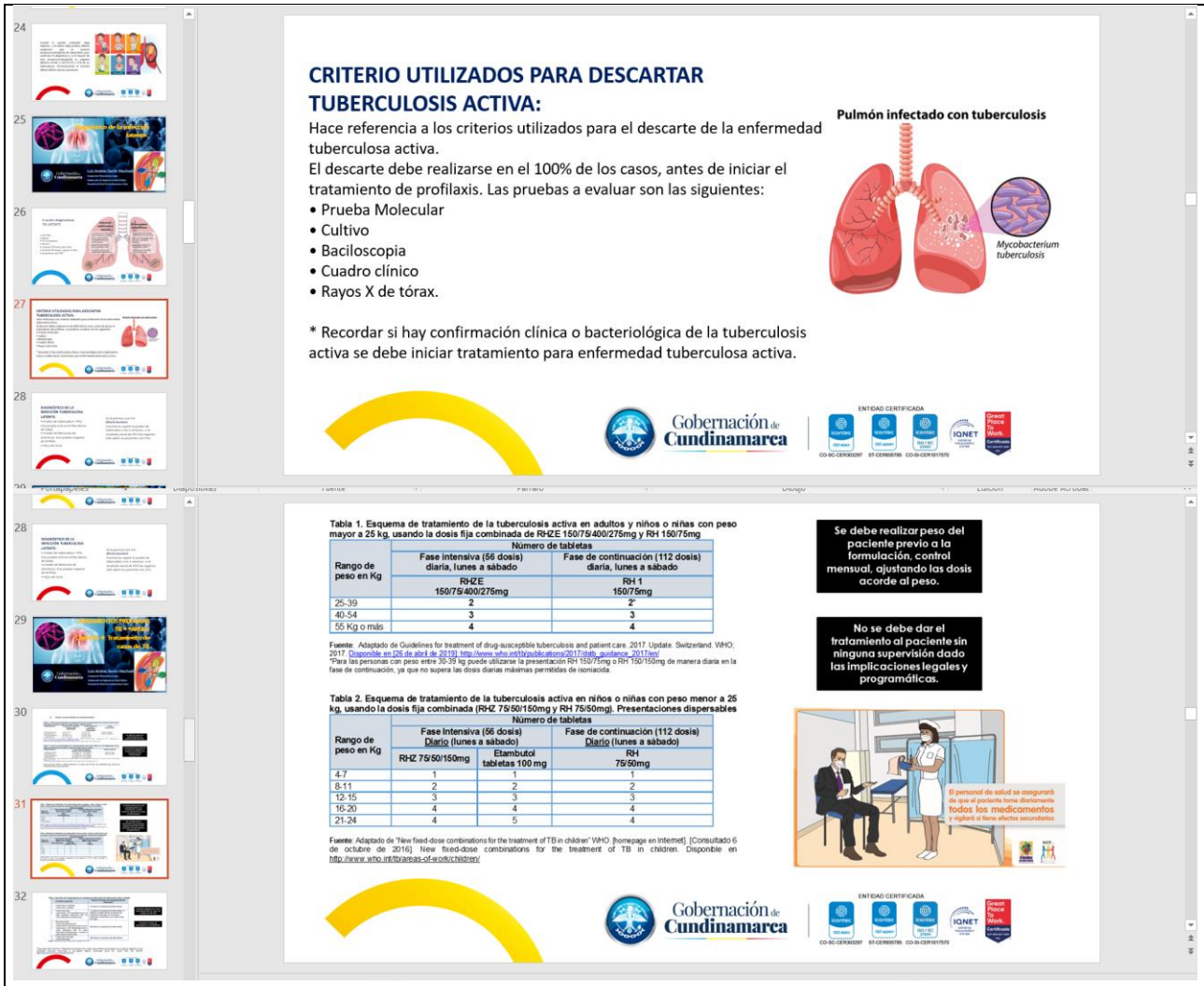

Capítulo 1 Definiciones
1.4 Clasificación de los casos de TB activa.
Los casos bacteriológicamente confirmados o clínicamente diagnosticados de tuberculosis se clasifican según los siguientes criterios:
a) Localización anatómica de la enfermedad.
· Pulmonar o extrapulmonar
b) Historia de tratamiento previo.
· Nuevo o Previamente tratado.
c) Estado serológico con respecto al VIH.
· Con VIH, sin VIH, con VIH desconocido.
d) Según la resistencia a los fármacos
· Mono H, MDR-TB, RR, XDR
1) World Health Organization. Definitions and reporting framework for tuberculosis – 2013. (Updated December 2014), Génova, 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79199/1/9789241505345_eng.pdf
¿Tos con flema por más de 15 días?
Acude al programa de tuberculosis de tu establecimiento de salud.
La tuberculosis se cura si terminas el tratamiento.
TUBERCULOSIS RESISTENTE
¡Resistente, pero se cura!
Capítulo 1 Definiciones
Clasificación basada en el resultado del tratamiento
Para clasificar a las personas afectadas por tuberculosis bacteriológicamente confirmada, según el resultado del tratamiento, se definen dos grupos:
Tabla 1. Resultados del tratamiento de personas afectadas por tuberculosis sensible
Resultado | Definición
Curado[A] | Persona afectada por tuberculosis pulmonar con bacteriología confirmada al inicio del tratamiento y que tiene baciloscopia o cultivo negativo en el último mes de tratamiento y al menos en una ocasión anterior por lo menos con un mes de diferencia.
Tratamiento terminado[B] | Persona afectada por tuberculosis que completó el tratamiento sin evidencia de fracaso, pero sin constancia que demuestre que la baciloscopia o el cultivo de esputo del último mes de tratamiento y al menos en una ocasión anterior, fueron negativos, ya sea porque las pruebas no se hicieron o porque los resultados no están disponibles.
Fracaso[C] | Persona afectada por tuberculosis cuya baciloscopia o cultivo[D] de esputo es positivo en el mes 4 o posterior durante el tratamiento [E,F,G].
Fallecido | Persona afectada por tuberculosis que muere por cualquier razón antes de comenzar el tratamiento o durante su curso.
Pérdida en el seguimiento | Persona afectada por tuberculosis que no inició tratamiento o interrumpió el tratamiento durante 1 mes o más.
No evaluado[H] | Persona afectada por tuberculosis a quien no se le ha asignado un resultado de tratamiento. Incluye los casos «transferidos» a otra IPS (sin seguimiento) y también los casos cuyo resultado del tratamiento es desconocido por la IPS que reporta el dato.
Tratamiento exitoso | La suma de curados y tratamientos terminados.
Programar controles bacteriológicos, agendar al paciente citas de control medicina, enfermería, nutrición desde la IPS.
Haga clic para agregar notas


Capítulo 1 Definiciones
1.4.5 Clasificación basada en el resultado del tratamiento
Tabla 3. Resultados del tratamiento de personas afectadas por tuberculosis RR/MDR/XDR que recibieron medicamentos de segunda línea
Resultado
Definición
Curado
Persona con tratamiento completo según lo recomendado por la política nacional sin evidencia de fracaso y tres o más cultivos negativos consecutivos con intervalo de por lo menos 30 días entre ellos, en los últimos meses del tratamiento.
Tratamiento terminado
Persona con tratamiento completo según lo recomendado por la política nacional sin evidencia de fracaso, pero sin constancia de tres o más cultivos negativos consecutivos con al menos 30 días de intervalo, en los últimos meses del tratamiento.
Fracaso
Persona con tratamiento suspendido o quien requirió cambio permanente de esquema o por lo menos de dos fármacos antituberculosos debido a:
Falta de conversión^ a negativo, al final de la fase intensiva, o,
Reversión bacteriológica (aparición de resultados positivos) en la fase de continuación después de haber tenido conversión a negativo, o,
Evidencia de resistencia adicional adquirida a las fluoroquinolonas o a medicamentos de segunda línea, o,
Reacciones adversas a medicamentos, o,
Evidencia de dos baciloscopias positivas (2 o 3 cruces) en la fase de continuación y ausencia de mejoría clínica (en lugares con acceso limitado al cultivo).
Fallecido
Persona afectada con tuberculosis que muere por cualquier razón antes o durante el curso del tratamiento.
Pérdida en el seguimiento
Persona cuyo tratamiento fue interrumpido durante un mes o más.
Personas que no iniciaron tratamiento para tuberculosis farmacorresistente.
No evaluado[a]
Persona a la que no se le ha asignado ningún resultado del tratamiento. Esto incluye los casos "transferidos a" otra IPS (sin seguimiento) y cuyos resultados del tratamiento se desconocen.
Tratamiento exitoso
La suma de curados y tratamientos terminados.
El control de casos de TB FR se debe realizar por cultivo mensual.
No se requiere hacer pruebas moleculares como control.
Haga clic para agregar notas
Capítulo 2 Captación de Sintomáticos Respiratorios
1.1 Definiciones de sintomático respiratorio.
Tabla 1. Definiciones programáticas de sintomático respiratorio
Población General
Personas con VIH o inmunosupresión
Poblaciones vulnerables
Niños y niñas menores de 15 años
En población general, se considerará sintomático respiratorio a toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días.
Las manifestaciones clínicas de la tuberculosis pueden variar según la edad, el estado inmunológico, la presencia de comorbilidades y el órgano afectado, por lo cual, el profesional de medicina podrá definir la presunción de la enfermedad frente a una tos persistente sin expectoración.
En personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o que presenten patologías o tratamientos inmunosupresores, se considerará sintomático respiratorio a quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración.
En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa el criterio será tos y expectoración por más de 15 días; sin embargo, cuando exista difícil acceso a la atención en salud, podrá tomarse un tiempo menor a 15 días cuando exista presunción de la enfermedad.
Para contactos de personas afectadas por tuberculosis, se tomará como criterio tos y expectoración de 1 o más días de duración.
En los niños y niñas, los síntomas clínicos más relevantes para sospechar tuberculosis son tos con o sin expectoración por más de 15 días, fiebre mayor de > 8 días, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, disminución del nivel de actividad o juego, e historia de contacto con un adulto con tuberculosis.
Realizar valoración integral e indagar si existen antecedentes de exposición e inmunosupresión.

TIPO DE DOCUMENTO	AREA O PROCESO QUE LO GENERA		DOCUMENTO	PAGINA
FORMATO	GESTION CALIDAD		CONTROLADO	5 DE 5
NOMBRE	CODIGO	VERSION	FECHA DE APROBACION	FECHA VIGENCIA
ACTA REUNION Y/O CAPACITACIÓN	GC-GD-FO-004	4	04/08/2024	4 AÑOS




BK SERIADO
• Bacilo Acido Alcohol Resistente (BAAR)
• 5000- 10.000 bacilos (positivo)
• Sensibilidad baja 30-60% <24hrs (3-5ml) expectoración.
• Depende de la calidad de la muestra
Periodo de transición
OK
No va más para el Dx
PRUEBA MOLECULAR
• Son pruebas basadas en la detección de componentes específicos del ADN del complejo M. tuberculosis por (PCR) en tiempo real.
• Detectan la resistencia a medicamentos antituberculosos con una sensibilidad de detección entre el 68 y 88% y especificidad del 98%.
• Para la detección de la tuberculosis resistente a rifampicina tienen una sensibilidad del 95% y una especificidad del 98%.
• Algunas pruebas permiten el diagnostico de rifampicina e isoniacida, quinolonas e inyectables.
CULTIVO LIQUIDO
• Gold Estandar.
• El cultivo líquido para el diagnóstico de tuberculosis es un método del laboratorio que permite identificar entre 10 a 100 bacilos/mm3 en una muestra de esputo, con una sensibilidad entre el 90% y el 96% en un tiempo de detección entre 2 a 3 semanas
• Mediante el cultivo líquido es posible incrementar el diagnóstico de la tuberculosis del 15 al 20% del total de casos y en un 20 a 30% los casos de tuberculosis pulmonar.
Gobernación de Cundinamarca
ENTIDAD CERTIFICADA
Haga clic para agregar notas
Tos durante más de 15 días
PLACA DE TORAX
PCR
CULTIVO LIQUIDO
La baciloscopia es considerada por OMS como prueba insensible en el diagnóstico de Tb y es preservada exclusivamente para control de tratamiento.
• Criterio clínico
• Nexo epidemiológico.
• Estudio histopatológico
Gobernación de Cundinamarca
ENTIDAD CERTIFICADA



CRITERIO UTILIZADOS PARA DESCARTAR TUBERCULOSIS ACTIVA:

Hace referencia a los criterios utilizados para el descarte de la enfermedad tuberculosa activa.

El descarte debe realizarse en el 100% de los casos, antes de iniciar el tratamiento de profilaxis. Las pruebas a evaluar son las siguientes:

- Prueba Molecular
- Cultivo
- Baciloscopia
- Cuadro clínico
- Rayos X de tórax.

* Recordar si hay confirmación clínica o bacteriológica de la tuberculosis activa se debe iniciar tratamiento para enfermedad tuberculosa activa.

Pulmón infectado con tuberculosis

Gobernación de Cundinamarca

ENTIDAD CERTIFICADA

Tabla 1. Esquema de tratamiento de la tuberculosis activa en adultos y niños o niñas con peso mayor a 25 kg, usando la dosis fija combinada de RHZE 150/75/400/275mg y RH 150/75mg

Rango de peso en Kg	Número de tabletas	
	Fase intensiva (56 dosis) diaria, lunes a sábado	Fase de continuación (112 dosis) diaria, lunes a sábado
	RHZE 150/75/400/275mg	RH 150/75mg
25-39	2	2*
40-54	3	3
55 Kg o más	4	4

Fuente: Adaptado de Guidelines for treatment of drug-susceptible tuberculosis and patient care. 2017 Update. Switzerland. WHO; 2017. Disponible en (26 de abril de 2019): http://www.who.int/tb/publications/2017/dstb_guidance_2017/en/
*Para las personas con peso entre 30-39 kg puede utilizarse la presentación RH 150/75mg o RH 150/150mg de manera diaria en la fase de continuación, ya que no supera las dosis diarias máximas permitidas de isoniacida.

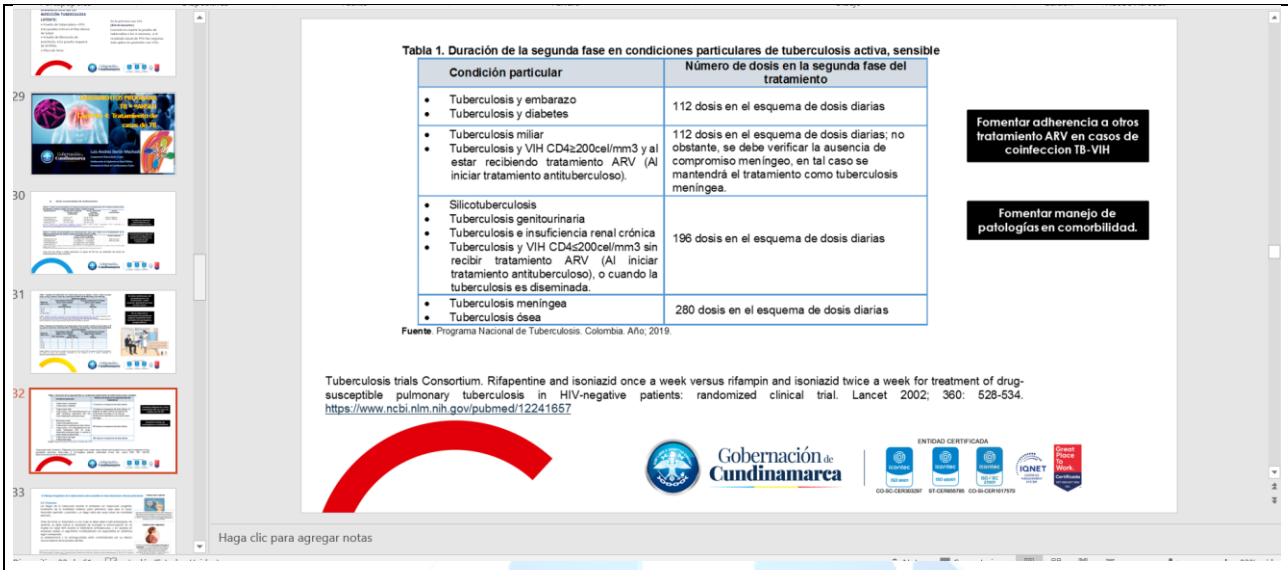
Tabla 2. Esquema de tratamiento de la tuberculosis activa en niños o niñas con peso menor a 25 kg, usando la dosis fija combinada (RHZ 75/50/150mg y RH 75/50mg). Presentaciones dispersables

Rango de peso en Kg	Número de tabletas		
	Fase Intensiva (56 dosis) Diario (lunes a sábado)		Fase de continuación (112 dosis) Diario (lunes a sábado)
	RHZ 75/50/150mg	Etambutol tabletas 100 mg	RH 75/50mg
4-7	1	1	1
8-11	2	2	2
12-15	3	3	3
16-20	4	4	4
21-24	4	5	4

Fuente: Adaptado de "New fixed-dose combinations for the treatment of TB in children" WHO [homepage en Internet]. [Consultado 6 de octubre de 2016]. New fixed-dose combinations for the treatment of TB in children. Disponible en http://www.who.int/tb/areas-of-work/children/

Se debe realizar peso del paciente previo a la formulación, control mensual, ajustando las dosis acorde al peso.

No se debe dar el tratamiento al paciente sin ninguna supervisión dado las implicaciones legales y programáticas.

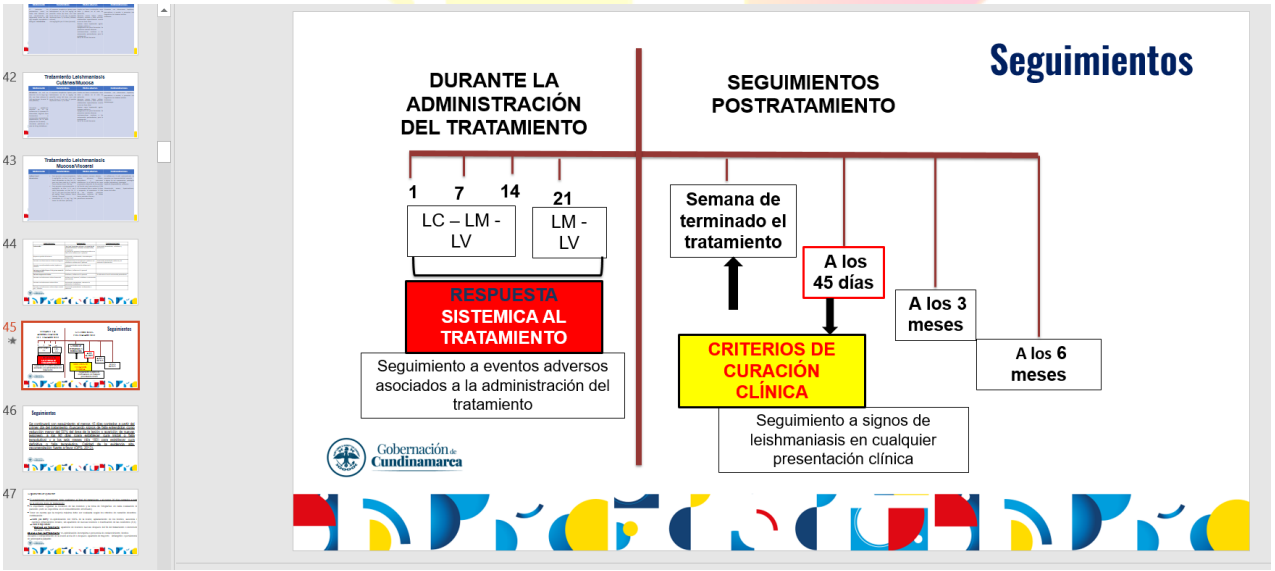

Tabla 1. Duración de la segunda fase en condiciones particulares de tuberculosis activa, sensible
Condición particular
Número de dosis en la segunda fase del tratamiento
Tuberculosis y embarazo
Tuberculosis y diabetes
112 dosis en el esquema de dosis diarias
Tuberculosis miliar
Tuberculosis y VIH CD4≥200cel/mm3 y al estar recibiendo tratamiento ARV (Al iniciar tratamiento antituberculoso).
112 dosis en el esquema de dosis diarias; no obstante, se debe verificar la ausencia de compromiso meníngeo, en tal caso se mantendrá el tratamiento como tuberculosis meníngea.
Silicotuberculosis
Tuberculosis genitourinaria
Tuberculosis e insuficiencia renal crónica
Tuberculosis y VIH CD4≤200cel/mm3 sin recibir tratamiento ARV (Al iniciar tratamiento antituberculoso), o cuando la tuberculosis es diseminada.
196 dosis en el esquema de dosis diarias
Tuberculosis meníngea
Tuberculosis ósea
280 dosis en el esquema de dosis diarias
Fuente. Programa Nacional de Tuberculosis. Colombia. Año; 2019.
Fomentar adherencia a otros tratamiento ARV en casos de coinfeccion TB-VIH
Fomentar manejo de patologías en comorbilidad.
Tuberculosis trials Consortium. Rifapentine and isoniazid once a week versus rifampin and isoniazid twice a week for treatment of drug-susceptible pulmonary tuberculosis in HIV-negative patients: randomized clinical trial. Lancet 2002; 360: 528-534.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12241657
Haga clic para agregar notas





LEISHMANIASIS:

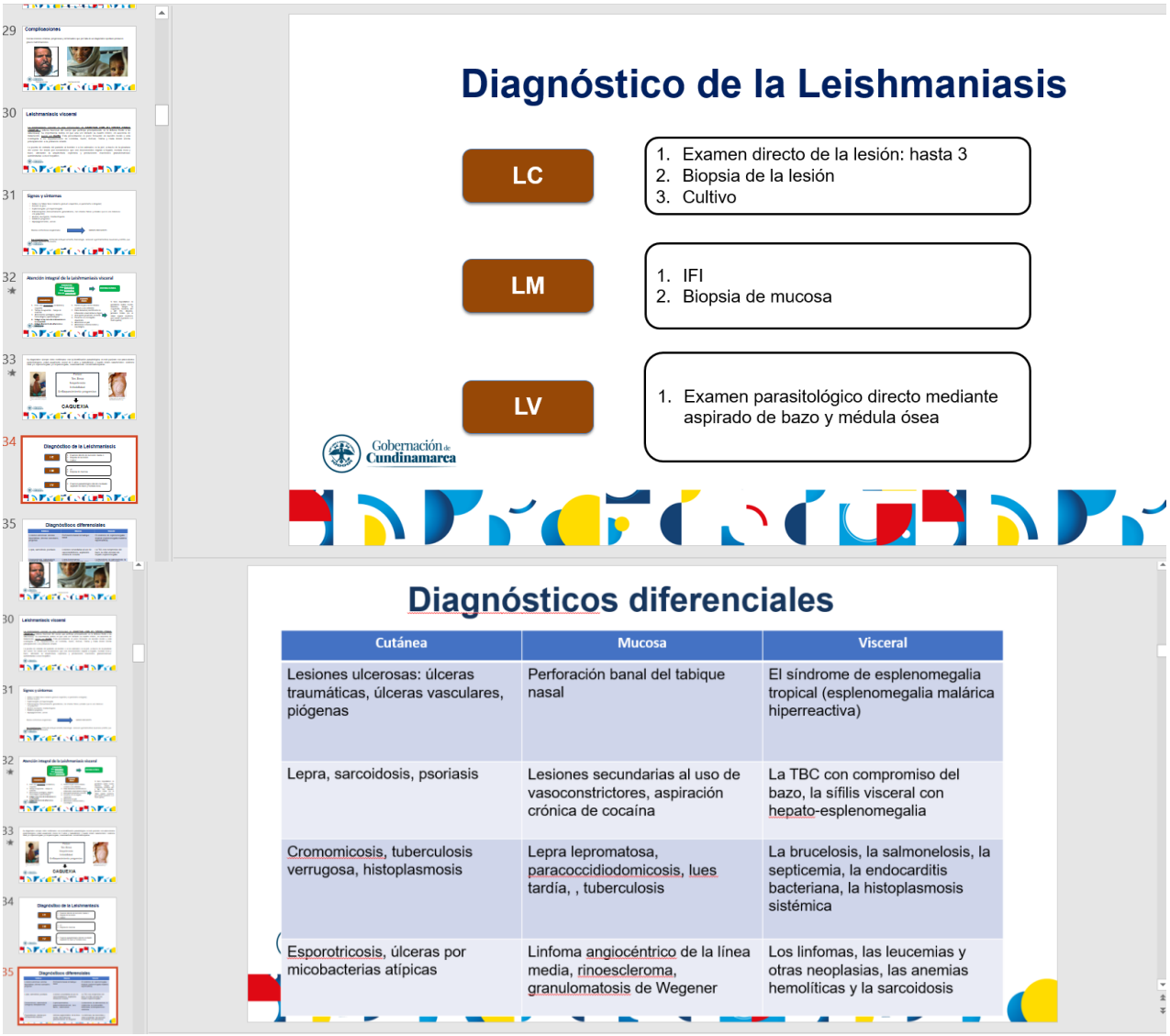


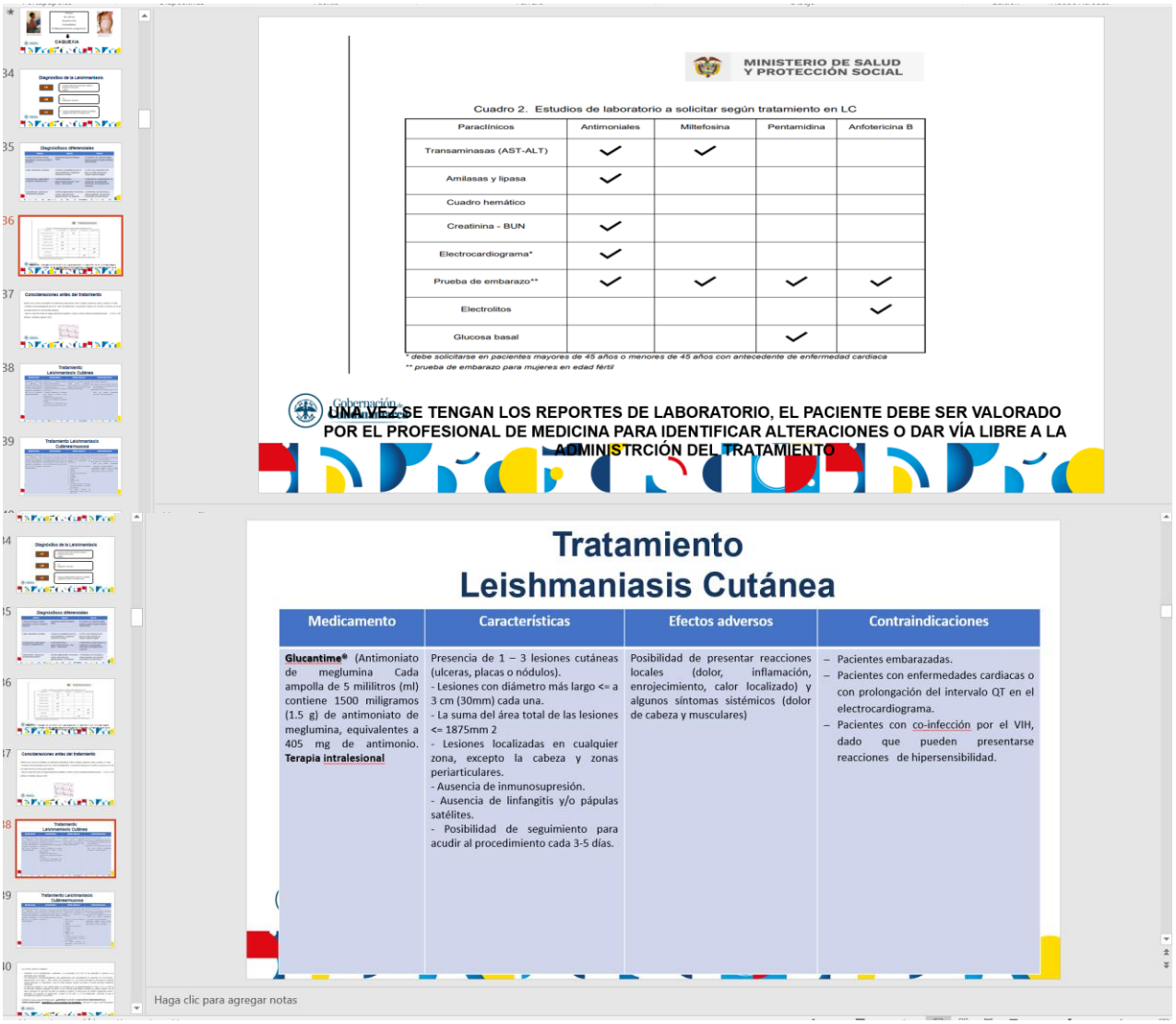



LEISHMANIASIS
https://www.actasdermo.org/es-leishmaniasis-cutanea-experiencia-20-anos-articulo-S0001731015000022#imagen-3
https://www.healthline.com/health/es/celulitis#gallery-open
Gobernación de Cundinamarca
Haga clic para agregar notas
Presentación clínica
FORMAS DE PRESENTACIÓN
Cutánea
La forma más común
Mucosa
Inicia con úlceras en la piel; se caracteriza por daño y destrucción agresiva del tejido
Visceral
La más seria y fatal forma Mortal sin tratamiento
Gobernación de Cundinamarca


Atención integral de la Leishmaniasis cutánea
ESTABLECER:
Plan diagnóstico
Plan terapéutico
Plan de seguimiento
HISTORIA CLÍNICA
ANAMNESIS
1. Edad, sexo, procedencia, escolaridad y ocupación
2. Tiempo de exposición – tiempo de evolución
3. Antecedentes: patológicos, alérgicos, farmacológicos, epidemiológicos
4. Indagar si hay casos de leishmaniasis en la comunidad
5. Indagar disposición de adherencia a tratamiento
EXAMEN FÍSICO
1. Rinoscopia (LC - LM)
2. Características de la o las lesiones: descripción y diámetro exacto
3. Localización exacta de las lesiones
4. Adenopatías proximales a la lesión
5. Presencia o no de megalias abdominales.
Gobernación de Cundinamarca

Signos y síntomas
Hiperemia nasal
Nodulaciones
Rinorrea y Ulceraciones
Sensación de congestión nasal
Prurito nasal
Epistaxis
Disfonia
Rinorrea serohematica y Salida de Costras
• Examen físico de la piel que recubre la nariz se evidencian alteraciones eritematosas y piel de naranja.
• Rinoscopia: eritema y edema de la mucosa del tabique nasal, ulceraciones, perforación y destrucción del tabique y de los tejidos blandos
Gobernación de Cundinamarca


Diagnóstico de la Leishmaniasis
LC
1. Examen directo de la lesión: hasta 3
2. Biopsia de la lesión
3. Cultivo
LM
1. IFI
2. Biopsia de mucosa
LV
1. Examen parasitológico directo mediante aspirado de bazo y médula ósea
Gobernación de Cundinamarca
Diagnósticos diferenciales
Cutánea
Mucosa
Visceral
Lesiones ulcerosas: úlceras traumáticas, úlceras vasculares, piógenas
Perforación banal del tabique nasal
El síndrome de esplenomegalia tropical (esplenomegalia malárica hiperreactiva)
Lepra, sarcoidosis, psoriasis
Lesiones secundarias al uso de vasoconstrictores, aspiración crónica de cocaína
La TBC con compromiso del bazo, la sífilis visceral con hepato-esplenomegalia
Cromomicosis, tuberculosis verrugosa, histoplasmosis
Lepra lepromatosa, paracoccidiodomicosis, lues tardía, , tuberculosis
La brucelosis, la salmonelosis, la septicemia, la endocarditis bacteriana, la histoplasmosis sistémica
Esporotricosis, úlceras por micobacterias atípicas
Linfoma angiocéntrico de la línea media, rinoescleroma, granulomatosis de Wegener
Los linfomas, las leucemias y otras neoplasias, las anemias hemolíticas y la sarcoidosis



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Cuadro 2. Estudios de laboratorio a solicitar según tratamiento en LC

Paraclínicos	Antimoniales	Miltefosina	Pentamidina	Anfotericina B
Transaminasas (AST-ALT)	✓	✓		
Amilasas y lipasa	✓			
Cuadro hemático				
Creatinina - BUN	✓			
Electrocardiograma*	✓			
Prueba de embarazo**	✓	✓	✓	✓
Electrolitos				✓
Glucosa basal			✓	

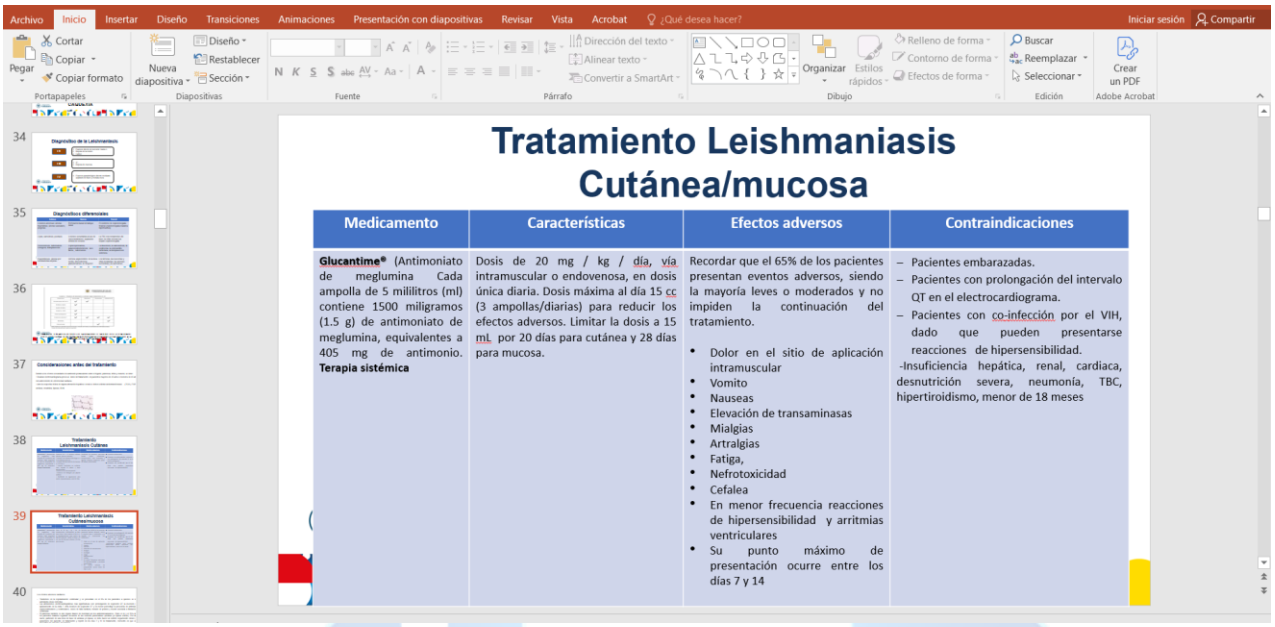
* debe solicitarse en pacientes mayores de 45 años o menores de 45 años con antecedente de enfermedad cardiaca
** prueba de embarazo para mujeres en edad fértil

UNA VEZ SE TENGAN LOS REPORTES DE LABORATORIO, EL PACIENTE DEBE SER VALORADO POR EL PROFESIONAL DE MEDICINA PARA IDENTIFICAR ALTERACIONES O DAR VÍA LIBRE A LA ADMINISTRCIÓN DEL TRATAMIENTO

Tratamiento
Leishmaniasis Cutánea

Medicamento	Características	Efectos adversos	Contraindicaciones
Glucantime® (Antimoniato de meglumina Cada ampolla de 5 mililitros (ml) contiene 1500 miligramos (1.5 g) de antimoniato de meglumina, equivalentes a 405 mg de antimonio. **Terapia intralesional**	Presencia de 1 – 3 lesiones cutáneas (ulceras, placas o nódulos). - Lesiones con diámetro más largo <= a 3 cm (30mm) cada una. - La suma del área total de las lesiones <= 1875mm 2 - Lesiones localizadas en cualquier zona, excepto la cabeza y zonas periarticulares. - Ausencia de inmunosupresión. - Ausencia de linfangitis y/o pápulas satélites. - Posibilidad de seguimiento para acudir al procedimiento cada 3-5 días.	Posibilidad de presentar reacciones locales (dolor, inflamación, enrojecimiento, calor localizado) y algunos síntomas sistémicos (dolor de cabeza y musculares)	– Pacientes embarazadas. – Pacientes con enfermedades cardiacas o con prolongación del intervalo QT en el electrocardiograma. – Pacientes con co-infección por el VIH, dado que pueden presentarse reacciones de hipersensibilidad.

Haga clic para agregar notas



Tratamiento Leishmaniasis Cutánea/mucosa

Medicamento	Características	Efectos adversos	Contraindicaciones
Glucantime® (Antimoniato de meglumina Cada ampolla de 5 mililitros (ml) contiene 1500 miligramos (1.5 g) de antimoniato de meglumina, equivalentes a 405 mg de antimonio. **Terapia sistémica**	Dosis de 20 mg / kg / día, vía intramuscular o endovenosa, en dosis única diaria. Dosis máxima al día 15 cc (3 ampollas/diarias) para reducir los efectos adversos. Limitar la dosis a 15 mL por 20 días para cutánea y 28 días para mucosa.	Recordar que el 65% de los pacientes presentan eventos adversos, siendo la mayoría leves o moderados y no impiden la continuación del tratamiento. • Dolor en el sitio de aplicación intramuscular • Vomito • Nauseas • Elevación de transaminasas • Mialgias • Artralgias • Fatiga, • Nefrotoxicidad • Cefalea • En menor frecuencia reacciones de hipersensibilidad y arritmias ventriculares • Su punto máximo de presentación ocurre entre los días 7 y 14	– Pacientes embarazadas. – Pacientes con prolongación del intervalo QT en el electrocardiograma. – Pacientes con co-infección por el VIH, dado que pueden presentarse reacciones de hipersensibilidad. -Insuficiencia hepática, renal, cardiaca, desnutrición severa, neumonía, TBC, hipertiroidismo, menor de 18 meses





TIPO DE DOCUMENTO	AREA O PROCESO QUE LO GENERA		DOCUMENTO	PAGINA
FORMATO	GESTION CALIDAD		CONTROLADO	16 DE 16
NOMBRE	CODIGO	VERSION	FECHA DE APROBACION	FECHA VIGENCIA
ACTA REUNION Y/O CAPACITACIÓN	GC-GD-FO-004	4	04/08/2024	4 AÑOS

TEMA CAPACITACION LEIHSMANIASIS Y TBC Y/O SINTOMATICO RESPIRATORIO

FECHA : 12 MARZO 2026

FIRMA DE ASISTENTES

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Kevin Romero Puche	Medico general	
Dalma Jannina Paba Ibarra	Médico general	Dalma Paba
Marisel Lopez Cabrera	Medico general	Marisel Lopez P.
Manuela Tovar Bustos	Médico general	Manuela Tovar B.
Lilia Patricia Correa L.	Aux Enf	
Ingrid Alejandra Acevedo Sandoval	Aux Enfermeria	
Liliana Andrea Rojas Orjuela	Médico general	
Juana Camila Alvarado M.	Coordinador servicios	
Luisa Sandoval Segura	Bacteriologa	
Maria Paula Rivera	Medico	Maria Paula Rivera
Brenda Lopez Cervantes	Medico	
Arnold Laverde	Medico	Arnold Laverde
Nelly Pineros Barrera	Aux enfermeria	
Luisa Fernanda Cardona	Medico	Luisa F. Cardona O.

TIPO DE DOCUMENTO	AREA O PROCESO QUE LO GENERA		DOCUMENTO	PAGINA
FORMATO	GESTION CALIDAD		CONTROLADO	17 DE 17
NOMBRE	CODIGO	VERSION	FECHA DE APROBACION	FECHA VIGENCIA
ACTA REUNION Y/O CAPACITACIÓN	GC-GD-FO-004	4	04/08/2024	4 AÑOS

TEMA CAPACITACION LEIHSMANIASIS Y TBC Y/O SINTOMATICO RESPIRATORIO

FECHA : 12 MARZO 2026

FIRMA DE ASISTENTES

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Noelia de la Cruz.	Bacteriologa.	
Angela Cali Monterroza	Bacteriologa	
Jose Xavier S	medico	
Carlos Pacheco	Medico	
Carlha G. Pacheco G.	Medico General.	
Andres D. Cantillo Mejia	Medico General	
Lina Garra Perez	Medico General	Lina Garra P.
Kendry Mejia Hernandez	Medico general	Kendry Mejia H.
Daniela Carolina Archila	Medico general	
Carlos Pacheco	Med. general	
DIANA Rocio [illegible]	MEDICO GENERAL	
Helder Carrido	Medico General	
Maria Jose Salazar Mejia	Medico General	Maria Jose Salazar
Santiago Gonzalez Vargas	Medico General	
Junior Jose Moreno	Medico gral	
Luis Oñoro Yabar	Medico General	Luis Oñoro
Isabella Mesa A.	Medico General	Isabella Mesa A.
Laura Ramirez R	Med General	Laura R.