HOSPITAL GENERAL San Isidro E.S.E. DE MANIZALES
NIT: 800 139 366-0

INFORME DE ACTIVIDADES No.1

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NÚMERO 2608061008 ENTRE EL MUNICIPIO DE MANIZALES Y EL HOSPITAL GENERAL SAN ISIDRO ESE

Período informe: El presente documento contiene la descripción detallada del proceso de certificación de la población con discapacidad correspondiente al periodo comprendido entre el 19 de agosto y el 11 de septiembre de 2026.

OBJETO: Desarrollar el proceso de certificación de discapacidad en el Municipio de Manizales.

OBLIGACIONES	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Disponer de como mínimo **dos** (2) equipos multidisciplinarios, estarán conformados por tres (3) profesionales registrados en el Directorio Nacional de Certificadores de Discapacidad de este Ministerio, cada uno de una disciplina diferente, donde se incluye un médico general o especialista y dos (2) profesionales de alguna de las siguientes áreas: fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología, enfermería, optometría o trabajo social. Todos los profesionales de estos equipos deberán estar registrados en el directorio nacional de certificadores de discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social, de lo cual se presentará el respectivo soporte (pantallazo). Adicionalmente se presentará hoja de vida de cada profesional con diploma o acta de grado como soporte del respectivo perfil profesional	El hospital General San Isidro cuenta con dos (2) equipos multidisciplinarios conformados conforme a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Cada equipo está integrado por tres (3) profesionales de diferentes disciplinas, incluyendo médico y profesionales de áreas afines autorizadas, todos debidamente registrados en el Directorio Nacional de Certificadores de Discapacidad. Equipo 1: Derly Yohana Ardila (Psicóloga). German Ruiz (Médico General). (Médica General). María Victoria Hurtado García (Fonoaudióloga). Equipo 2: Mónica Martínez (Psicóloga). Andres Felipe Hoyos (Medicina General) Mónica Bernal Osorio (Fisioterapeuta)

2. Tener vigente la habilitación de las disciplinas de atención acordes a los perfiles de los profesionales que conformen los equipos con los cuales se desarrolle el procedimiento de certificación y en las modalidades consultorio, telemedicina y domiciliario.	La E.S.E. mantiene vigente la habilitación de los servicios y disciplinas de atención requeridas para el desarrollo del procedimiento de certificación de discapacidad, incluyendo las modalidades de consulta externa, telemedicina y atención domiciliaria, conforme a la normatividad vigente.
3. Realizar y mantener activa la inscripción como entidad usuaria del Sistema Integrado de Información de la Protección Social, SISPRO.	La entidad se encuentra debidamente inscrita y con estado activo como usuaria del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), garantizando el cumplimiento de los requisitos establecidos para el reporte y gestión de información.
Reportar y mantener actualizados los usuarios institucionales (profesionales de los equipos de certificación) que ingresaran a los sistemas de información mediante la plataforma PISIS del Ministerio de Salud y Protección Social en representación de la entidad para el desarrollo de este procedimiento.	El hospital General San Isidro garantiza el registro, actualización y administración oportuna de los usuarios institucionales autorizados para operar las plataformas de información del Ministerio de Salud y Protección Social a través de PISIS, asegurando la trazabilidad y seguridad de los accesos.
Garantizar el registro oportuno y la calidad de la información registrada en las plataformas correspondientes conforme a los requerimientos y directrices del Ministerio de Salud y Protección Social.	La entidad implementa mecanismos de verificación, seguimiento y control que garantizan el registro oportuno, completo, veraz y con estándares de calidad de la información reportada en las plataformas dispuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
Garantizar la disponibilidad de los apoyos y ajustes razonables requeridos por la población a valorar de acuerdo con sus necesidades.	La entidad dispone de los apoyos, recursos y ajustes razonables necesarios para garantizar la participación efectiva de las personas con discapacidad durante el proceso de valoración, atendiendo las particularidades y necesidades identificadas en cada caso.

HOSPITAL GENERAL San Isidro E.S.E DE MANIZALES
Nit: 800.139.360-0

Disponer de agendas semanales para la programación y desarrollo de las jornadas requeridas por la entidad territorial conforme al volumen de solicitudes registradas. La concertación de jornadas deberá realizarse con mínimo 3 días de anticipación entre las partes.	La E.SE. cuenta con mecanismos de planeación y programación semanal que garantizan la disponibilidad de jornadas de valoración conforme a la demanda reportada por la entidad territorial, realizando la concertación respectiva dentro de los tiempos establecidos.
Garantizar la oportuna asignación de las citas a los beneficiarios remitidos por la Secretaría de Salud Pública para el desarrollo de las valoraciones de certificación en las modalidades requeridas, llevando registro detallado de este proceso.	El hospital General San Isidro aseguró la asignación oportuna de citas para la valoración de certificación de discapacidad en las modalidades requeridas, manteniendo registros actualizados y verificables del proceso de agendamiento realizado. Se programaron y ejecutaron jornadas de certificación de discapacidad en las fechas: 19 de agosto, 24 de agosto, 26 de agosto, 31 de agosto, 1 de septiembre, 2 de septiembre, 7 de septiembre, 8 de septiembre, 9 de septiembre y 11 de septiembre; cumpliendo con la planificación anticipada y la coordinación con la Secretaría de Salud Pública. La organización de las agendas permitió atender de manera ordenada a los beneficiarios remitidos
Brindar a las personas con discapacidad información clara y completa, previa a la valoración, sobre el procedimiento, realizando el diligenciamiento del consentimiento informado.	La entidad suministra información clara, suficiente y comprensible a los usuarios y sus cuidadores acerca del procedimiento de certificación de discapacidad, garantizando el diligenciamiento, suscripción y custodia del consentimiento informado correspondiente.
Disponer de la infraestructura técnica, tecnológica, física y administrativa requerida para el correcto desarrollo del procedimiento y el oportuno registro de la información resultante del procedimiento de discapacidad en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad.	La E.S.E cuenta con la infraestructura técnica, tecnológica, física y administrativa necesaria para garantizar el adecuado desarrollo del procedimiento de certificación y el oportuno registro de la información en las plataformas oficiales correspondientes.

Disponer de los recursos logísticos, humanos, físicos, técnicos, financieros y de bioseguridad, requeridos para la planeación, desarrollo, y evaluación de las actividades a su cargo.	La entidad dispone de los recursos humanos, logísticos, físicos, técnicos, financieros y de bioseguridad necesarios para la adecuada planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las actividades objeto del contrato.
Entregar a cada persona evaluada el certificado generado, verificando previamente que la información consignada corresponda al usuario atendido.	La entidad garantiza la entrega oportuna del certificado de discapacidad expedido, verificando previamente la exactitud y correspondencia de la información consignada con la identidad del usuario valorado.
Explicar a cada beneficiario del proceso el contenido del documento y los usos del certificado dejando el respectivo soporte de cumplimiento de esta actividad.	los profesionales brindan orientación a cada beneficiario sobre el contenido, alcance y usos del certificado de discapacidad, conservando los soportes que evidencien el cumplimiento de esta actividad.
Garantizar la confidencialidad de la información por parte del personal a su cargo.	La E.S.E garantiza el manejo confidencial de la información obtenida durante el desarrollo de las actividades, dando cumplimiento a las disposiciones legales vigentes sobre protección de datos personales, reserva de la información y seguridad de la información.
Presentar máximo 2 días después de la jornada y, en todo caso antes de la nueva asignación de beneficiarios, reporte de: • Personas remitidas que no pudieron ser contactadas o no aceptaron la cita • Personas agendadas que no asistieron • Resultados de la valoración de las personas atendidas • Situaciones especiales presentadas en el proceso	se presenta después de cada jornada la evolución de las personas remitidas que no pudieron ser contactadas o no aceptaron la cita, personas agendadas que no asistieron, resultados de la valoración de las personas atendidas y siituaciones especiales presentadas en el proceso

HOSPITAL GENERAL San Isidro E.S.E DE MANIZALES
Nit: 800.139.366-0

Presentar cada mes, en los 10 días siguientes al cierre, informe de ejecución técnica y financiera, evidenciando el cumplimiento de las obligaciones, adjuntando los respectivos soportes y generando base de datos consolidada e informe estadístico del proceso según lineamientos de la secretaría de salud.	Se presentará mensualmente, dentro de los diez (10) días calendario siguientes al cierre de cada período, un informe de ejecución técnica y financiera que evidencie el avance y cumplimiento de las actividades y obligaciones contractuales. Dicho informe incluirá los respectivos soportes documentales, registros de ejecución, evidencias y demás anexos requeridos. Adicionalmente, se elaborará y actualizará una base de datos consolidada con la información generada durante la ejecución del proceso, garantizando su consistencia, calidad y oportunidad. Asimismo, se entregará un informe estadístico con el análisis de los resultados, indicadores y demás variables definidas por la Secretaría de Salud, atendiendo los lineamientos, formatos y directrices establecidos por la entidad.
Mantener durante el plazo de ejecución del contrato y en los lugares en que se realicen las actividades, deberá permanecer de manera visible la imagen corporativa de la Alcaldía de Manizales y dar los créditos a esta entidad - secretaria de Salud Pública.	Durante toda la ejecución del contrato se garantizará la ubicación y permanencia visible de la imagen corporativa de la Alcaldía de Manizales en los espacios, escenarios, materiales, piezas informativas, publicitarias y demás medios utilizados para el desarrollo de las actividades contractuales. Asimismo, se otorgarán los respectivos créditos institucionales a la Secretaría de Salud Pública de Manizales en todas las acciones de difusión, promoción, comunicación y socialización relacionadas con el objeto contractual, de conformidad con los lineamientos de imagen institucional establecidos por la entidad.

Dar aplicación al artículo 50 de la Ley 2195 del 2022, cuando le sea atribuible	El Hospital General San Isidro garantiza a cumpli lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 2195 de 2022, en lo que resulte atribuible durante la ejecución del contrato, garantizando el registro contable individualizado de los recursos públicos asociados al mismo, de manera que permita su adecuada identificación, seguimiento, control y verificación. Asimismo, se mantendrán los soportes contables y financieros correspondientes, en observancia de los principios de transparencia, trazabilidad y rendición de cuentas establecidos en la normatividad vigente.

INDICADORES

- Se agendaron **186 personas** para valoración de discapacidad.
- Asistieron y fueron valoradas **172 personas (92,5 %)**.
- Se registraron **15 inasistencias (7,5 %)**.
- De las personas valoradas, **169 fueron certificadas (98,3 %)**.
- **3 personas (1,7 %)** fueron clasificadas **sin discapacidad**, por lo que no recibieron certificación.

SEXO	
HOMBRES	100
MUJERES	72
TOTAL	172

HOSPITAL GENERAL San Isidro E.S.E DE MANIZALES
NIT. 800.139.366-9

VICTIMA CONFLICTO ARMADO	
NO	163
SI	9
TOTAL	172

ENFERMEDAD HUERFANA	
NO	169
SI	3
TOTAL	172
Comunas	
ATARDECERES	10
SAN JOSE	9
CUMANDAY	9
ESTACION	13
Ciudadela del Norte	17
Ecoturístico cerro de oro	12
TESORITO	8
PALOGRNADE	6

Universitaria	10
FUENTE	25
MACARENA	19
NUEVO HORIZONTE	21

Corregimientos	
COLOMBIA	2
CRISTALINA	0
REMANSO	2
PANORAMA	2
AGROTURISMO/TABLAZO	6
MANANTIAL	1
RIO BLANCO	0
TOTAL	172

CURSO DE VIDA

HOSPITAL GENERAL San Isidro E.S.E. DE MANIZALES
NIT: 800.139.366-0

Primera infancia (0-5 años)	6
Infancia (6-11 años)	13
Adolescencia (12-17 años)	8
Juventud (18-28 años)	34
Adultez (29-59 años)	85
Vejez (60 años y más)	26
TOTAL	172

TIPO DE DISCAPACIDAD	
Física	63
Visual	8
Intelectual	28
Auditiva	14
Múltiple	18
Psicosocial	38
Sordoceguera	0
No certificados por discapacidad	3

TOTAL	172

CONCLUSIONES

- Víctimas del conflicto armado

Se identificó que 9 personas (5,2 %) atendidas durante el periodo correspondían a víctimas del conflicto armado, mientras que 163 personas (94,8 %) no registraban esta condición. Aunque la proporción de población víctima continúa siendo relativamente baja dentro del total de usuarios valorados, su participación en el proceso de certificación resulta significativa por cuanto contribuye a la garantía de derechos, la identificación de necesidades diferenciales y el fortalecimiento de los mecanismos institucionales orientados a la inclusión y protección social de esta población.

- Distribución por sexo

Con base en las 172 personas valoradas, la distribución por sexo evidencia una mayor participación de hombres, con 100 usuarios (58,1 %), frente a 72 mujeres (41,9 %). Este comportamiento refleja un predominio masculino dentro de la población atendida durante el periodo analizado. No obstante, la participación femenina continúa siendo representativa, aportando más de dos quintas partes de los usuarios valorados. Estos resultados constituyen un insumo relevante para la caracterización sociodemográfica de la población con discapacidad y para la planeación de estrategias de atención con enfoque diferencial.

- Enfermedades huérfanas

Con base en las 172 personas valoradas, se identificó que 3 usuarios (1,7 %) presentaban diagnóstico de enfermedad huérfana, mientras que 169 personas (98,3 %) no registraban esta condición. Aunque la presencia de enfermedades huérfanas dentro de la población atendida fue baja, estos casos requieren especial atención debido a las complejidades clínicas y sociales que suelen asociarse con este tipo de diagnósticos. Su identificación dentro del proceso de certificación contribuye a fortalecer la caracterización integral de la población con discapacidad y facilita la planificación de acciones orientadas al seguimiento, atención diferencial y acceso a servicios.

Distribución por curso de vida

La distribución de la población valorada por curso de vida muestra que la mayor concentración corresponde a la etapa de adultez (29 a 59 años), con 85 personas (49,4 %), seguida por juventud (18 a 28 años) con 34 personas (19,8 %) y vejez (60 años y más) con 26 personas (15,1 %). Por su parte, los grupos de infancia (6 a 11 años), adolescencia (12 a 17 años) y primera infancia (0 a 5 años) registraron 13 (7,6 %), 8 (4,7 %) y 6 personas (3,5 %), respectivamente.

Estos resultados evidencian que la población atendida estuvo conformada principalmente por personas en edad productiva, lo que resalta la importancia de fortalecer las acciones orientadas a la inclusión social, educativa, laboral y comunitaria de este grupo poblacional. De igual manera, la presencia de usuarios en todas las etapas del curso de vida ratifica la necesidad de mantener una atención integral, continua y diferencial que responda a las particularidades de cada grupo etario dentro del proceso de certificación de discapacidad.

- Tipo de discapacidad

De las 172 personas valoradas, la discapacidad con mayor frecuencia fue la física, con 63 casos (36,6 %), seguida de la psicosocial, con 38 personas (22,1 %), y la intelectual, con 28 casos (16,3 %). Asimismo, se identificaron 18 personas con discapacidad múltiple (10,5 %), 14 con discapacidad auditiva (8,1 %) y 8 con discapacidad visual (4,7 %). No se registraron casos de sordoceguera durante el periodo evaluado.

Adicionalmente, 3 personas (1,7 %) no fueron certificadas debido a que no cumplieron los

criterios técnicos y normativos establecidos para la certificación de discapacidad.

La distribución observada confirma que las condiciones físicas y psicosociales continúan representando la mayor demanda dentro del proceso de certificación, hecho que resalta la importancia de fortalecer las estrategias de rehabilitación, inclusión social, atención en salud mental y acceso oportuno a servicios especializados dirigidos a esta población.

- Distribución territorial

En relación con la procedencia territorial de las 172 personas valoradas, se observa que la mayor concentración de usuarios provino de las comunas de La Fuente, con 25 personas (14,5 %); Nuevo Horizonte, con 21 personas (12,2 %); y La Macarena, con 19 personas (11,0 %). También se destaca la participación de usuarios residentes en Ciudadela del Norte, con 17 personas (9,9 %); Estación, con 13 personas (7,6 %); y Ecoturístico Cerro de Oro, con 12 personas (7,0 %).

Por otra parte, los corregimientos aportaron en conjunto 13 usuarios (7,6 %), distribuidos principalmente en Agroturismo-Tablazo, Colombia, Panorama, Remanso y Manantial.

Estos resultados evidencian una mayor demanda del proceso de certificación de discapacidad en las zonas urbanas del municipio, especialmente en las comunas con mayor concentración poblacional. No obstante, la participación de usuarios provenientes del sector rural refleja la importancia de continuar fortaleciendo las estrategias de acceso, cobertura y oportunidad en la atención, garantizando la prestación de los servicios de certificación de discapacidad de manera equitativa para toda la población, independientemente de su ubicación geográfica.

- Conclusión general del corte

Durante el periodo evaluado se lograron valorar 172 personas, alcanzando una asistencia del 92,5 % frente al total de usuarios agendados. De las personas atendidas, 169 fueron certificadas, lo que corresponde al 98,3 % de los usuarios valorados, evidenciando una alta pertinencia de las remisiones realizadas y una adecuada identificación de personas que cumplen con los criterios establecidos para la certificación de discapacidad.

HOSPITAL GENERAL San Isidro E.S.E. DE MANIZALES
NIT: 800.139.366-0

La población atendida presentó predominio del sexo masculino, mayor concentración en edades productivas y una prevalencia de discapacidades físicas y psicosociales. Asimismo, se identificó la participación de víctimas del conflicto armado y personas con enfermedades huérfanas, lo que reafirma la necesidad de mantener un enfoque diferencial e inclusivo que garantice el acceso oportuno a los procesos de valoración, certificación y reconocimiento de derechos de la población con discapacidad del municipio.

INFORME FINANCIERO	
Concepto	Valor actualizado
Valor total del contrato	$68.886.249
Valor ejecutado periodo (172 valoraciones × $177486)	$30.527.592
saldo restante	$ 38.358.657

Derly Yohana Ardila Barragán
Psicóloga certificadora

LISTADO DE ANEXOS

No	DESCRIPCIÓN	MEDIO	
		FÍSICO	DIGITAL
1	Base de datos con la información de los usuarios atendidos		X
2	Planillas de asistencia de los usuarios atendidos	X	
3	Archivo fotográfico de cada jornada		X
4	Archivo digital de los certificados generados		X
5	Evidencia fotográfica de la imagen corporativa de la Alcaldía de Manizales en el lugar donde se realiza el registro		X
6	Consentimientos diligenciados	X	X

ALCALDÍA DE MANIZALES

ALCALDIA DE MANIZALES
INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS DE SALUD PÚBLICA
REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

GSP-IIC-FR 007
Estado Vigente
Versión 03

Contratista H. G. S. I. N° Contrato 2608061008 Mes agosto 19-2026
Responsable Grupo certificador Tipo de actividad certificacion Duración

#	Día	# ficha ficar	Nombres y Apellidos	Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Victima (SI-NO)	Grupo etnico (Ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno	Grupo priorizado	Programa	Firma
1	19	V	Matias Buitrago Cartaño	TI	1054401324	8	H	M	3108709001	El Guamal	Fuente	si	NO	NO		H.G.S.I.			certificacion	
2	19	V	Salome Arroyave Barbosa	RC	1054892953	5	M	F	3137302895	Panamericana	Fuente.	si	NO	NO		H.G.S.I			Certificacion	
3	19	V	leonardo Alzate Ocampo	CC	75085192	49	H	M	3052003916	V. Hermosa	N. Horizonte.	si	NO	NO		H.G.S.I			certificacion	
4	19	V	Dahiana Lopez Lopez	CC	1193460244	25	M	F	3133074052	Fatima	universitaria	si	NO	NO		H.G.S			Certificacion	
5	19	V	Ana Sofia Lopez Guzman	CC	1002547195	25	M	F	3127116332	Palogrande	Palogrande	SI	NO	NO		H.G.S.I			certificacion	
6	19	V	Samuel Camargo Taborda	CC	1014997896	18	H	M	3212481847	Fatima	Macarena	SI	NO	NO		H.G.S.I			certificacion	
7	19	V	José Aurelio Gomez V.	CC	75073065	52	H	M	3112866468	Versalles	E. cerro Oro	SI	NO			H.G.S.I			certificacion	
8	19	V	David Vargas Buitrago	TI	1054879007	14			3126229220	Eucaliptos	Fuente.	si	NO	NO		H.G.S.I			certificacion	
9	19	V	Luis Santiago Alzate B.	TI	1058913641	11	H	M	3102248140	la Violeta	Tablazo	si	N	NO		H.G.S.I			Certificacion	
10	19	V	Emilia Cardona Tapia	TI	1054890423	7	M	F	3013716032	Colegio	E. cerro Oro	si	N	NO		H.G.S.I			certificacion	
11	19	V	Marina Garcia de Jaramillo	CC	24298108	82	M	F	3127456766	V. Hermosa	N. Horizonte	si	NO	NO		H.G.S.I			certificacion	
12	19	V	Andres Doyle Arcila Valencia	CC	1053866238	27	H	M.	3054330303	los Valles.	tesorito	si	NO	NO		H.G.S.I			certificacion	
13	19	V	Paula Andrea Serna Cardona	CC	24344701	40	F	M.	3116857136	Villa Hermosa	N. Horizonte	si	NO	NO		H.G.S.I			Certificacion	
14	19	V	Ma Lorena Osorio Vanegas	CC	1053767323	40	F	M.	3135439272	Cervantes.	fuente.	si	NO	No		H.G.S.I			Certificacion	
15	19	V	Jennifer Vanegas Holguin	CC	2433[illegible]820	43	M	F	3208347315	solferina	N. Horizonte	SI	NO	NO.		H.G.S.I			certificacion	
16	19	V	Luis Eduardo Largo I.	RC	10280640	58	H	M	3[illegible]4409	Saenz	Estación.	SI	NO	NO		H.G.S.I			Certificacion	
17	19	V	Gilson Ismael Duarte P.	CC	1605[illegible]486	40	H	M	3104933136	Camelia	Palogrande	SI	NO	NO		H.G.S.I			Certificacion	
18	19	V	Diego Solorzano Cardona	CC	1026241463		H	M	3113800221	San Jorge	Estación	si	NO	NO		H.G.S.I			certificacion	

18/18

(*) Convenciones:
1. # Ficha: Registrar el número de ficha de la actividad. Si no corresponde escribir NA (No aplica).
2. Tipo de identificación: CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjería, PT: Permiso Especial de Permanencia, RC: Registro Civil, SC: Salvoconducto, TI: Tarjeta de Identidad.
3. Sexo: H: Hombre, M: Mujer, I: Intersexual.
4. Identidad: M: Masculino, F: Femenino, T: Trans, NB: No binario.
5. Grupo Etnico: NE: Ninguno, AF: Afrodescendientes, RA: Raizales, PA: Palenquero, IN: Indígenas, RO: Room, NA: No aplica.
6. Entorno: C: Comunitario, Hogar, Institucional (Jardín), Escolar, Virtual.

Para dar cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y Reglamentada parcialmente por el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por el personal de salud (nombre) _____ que los responsables del tratamiento de mis datos personales son la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ los cuales recolectarán, usarán y tratarán mis datos para favorecer la identificación, detección y apoyo de temas relacionados en el tema de Salud. Reconozco el de dicho voluntario en responder preguntas que versen sobre datos personales y mis derechos como titular de los datos, que incluyen el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el, así como la garantía de la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos. Por ello autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ para recolectar y tratar mis datos personales de acuerdo con la información suministrada y según el programa de atención desarrollado.

En relación con lo anterior yo (nombre) _____ autorizo como responsable institucional de la actividad, el registro de los datos de los NNA

ALCALDÍA DE MANIZALES

INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA

REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

GSP-IIC-FR 007
Estado Vigente
Versión 03

Contratista H.G.S.I N° Contrato 2608061008 Mes Agosto 24

Responsable certificadores Tipo de actividad certificacion Duración

#	Día	# ficha fliar	Nombres y Apellidos	Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Victima (SI-NO)	Grupo etnico (Ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno	Grupo priorizado	Programa	Firma
19	1	24	Daniel Castaño	CC	1026124550	21	H	M	3023683847	Fatima	Universidad	Si	NO	NO		H.G.S.I			Discapacidad	Daniel Castaño
20	2	24	Maria I Albertina R	CC	1056124622	19	F	F	3113449581	Cervantes	Fuente	S.	NO	NO		H.G.SI			Discapacidad	Mª Isabel A
21	3	24	Laura Vanesa Cuesta	CC	1054 8705	18	M	F	3225852755	centenario	Macarena	Si	NO	NO		H.G.S.I			Discapacidad	Laura Vanesa
22	4	24	Luz Damaris Zapata	CC	3032792853	M	F	F	2007250	B. Norte	C. Norte	Si	NO	NO		H.G.S.I			Discapacidad	Luz Damaris
23	5	24	Ximena Rivera dbril	CC	1053 8	33	M	F	3043756	Sinai	N. Hombolo	Si	No	No		H.G.S.I			Discapacidad	
24	6	24	Juan Carlos Piedrahita	CC	10284041	59	H	M	3103649	Sinai	N. Horizonte	NO	NO	NO		H.G.S.I			Discapacidad	
25	7	24	Martin Gomez aguirre	RC	1053	4	H	M	3106	Enea	tesorito	Si	No	NO		H.G.S.I			Discapacidad	Mª Alejandra G
26	8	24	Angie Salome Urbano	TI	1128	17	M	F	3246	Carola	N. Horizonte	Si	No	No		H.G.S.I			Discapacidad	Salome V.
27	9	24	Maria Yaneth alzate	CC	3038	55	M	F	5136	Guamal	Fuente	Si	NO	No		H.G.S.I			Discapacidad	Yuly Roman
28	10	24	Johan Grisales arango	TI	1056125124	A	H	M	3147	P. Sol	C. Norte	Si	No	NO		H.G.S.I			Discapacidad	Johan Grisales
29	11	24	Juan Camilo Cortes M	CC	1053	38	H	M	3164	Galan	S. Jose	Si	No	No		H.G.S.I			Discapacidad	Juan Camilo
30	12	24	Maria lucelia arcapa	CC	3047	87	M	F	3183	Carolo	N. Horizonte	Si	No	No		H.G.S.I			Discapacidad	ANGI SOTO
31	13	24	Rodrigo Garcia Garcia	C.	1027	58	H	M	3116	Chipre	Atardeceres	Si	NO	No		H.G.S.I			Discapacidad	Rodrigo Garcia
32	14	24	Maria Omaira Marulanda	CC	2430	78	M	F	3216	Gonzalez	C. Norte	S.	No	No		H.G.S.I			Discapacidad	
33	15	24	Kelly Dayana Cano	CC	1055	27	M	F	3147	Bengala	C. Norte	Si	NO	NO		H.G.S.I			Discapacidad	Kelly Dayana
34	16	24	Valeria echeverry G.	TI	1056	14	M	F	3146	Santa Helen	Estacion	Si	NO	No		H.G.S.I			Discapacidad	Valeria E
35	17	24	Gloria Cristina Ceballos	CC	3039	47	M	F	3136	Jorge	Estacion	Si	No	No		H.G.S.I			Discapacidad	Gloria Cristina Ceballos
36	18	24	Maria Elizabeth chica M.	CC	2433	62	M	F	3123	Aranjuez	Universitario	Si	NO	No		H.G.S.I			Discapacidad	Maria Elizabeth Chica
37	19	24	Paula Andrea Ramirez	CC	1053	39	M	F	3117	La Pila	Atardeceres	Si	No	No		H.G.S.I			Discapacidad	
38	20	24	Javier Salazar Giraldo	CC	4024232	81	H	M	3185	Fatima	Universidad	Si	NO	No		H.G.S.I			Discapacidad	

Convenciones:

1. # Ficha: Escriba el número de ficha si la tiene, de lo contrario escriba NA (No aplica)
2. Tipo de Identificación: CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjería, PA: Pasaporte, PEP: Permiso Especial de Permanencia, RC: Registro Civil, SI: Sin Identificación, TI: Tarjeta de Identidad
3. Sexo: H Hombre, M Mujer, I Intersexual
4. Identidad: M Masculino, F Femenino, T Trans, NB No binario
5. Grupo Etnico: NE: Negro, AF: Afrodescendientes, RA: Raizales, PA: Palenqueros, IN: Indigenas, RO: Room, NA: No Aplica
6. Entorno: Comunitario, Hogar, Institucional, Laboral, Escolar, Virtual

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por el personal de salud (nombres) _____ que los responsables del tratamiento de mis datos personales son la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ los cuales recolectarán, usarán y tratarán mis datos para favorecer la identificación, detección y atención de temas relevantes en el tema de Salud. Reconozco el carácter voluntario en responder preguntas que versen sobre datos personales y mis derechos como titular de los datos, que incluye el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el uso, como la garantía de la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos. Por ello autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Secretaría de Salud Pública de Manizales y para recolectar y tratar mis datos personales de acuerdo con la información suministrada y según el programa de atención desarrollado.

En relación con lo anterior, yo (nombre) _____ autorizo como responsable institucional de la actividad, el registro de los datos de los NNA

ALCALDÍA DE MANIZALES

ALCALDÍA DE MANIZALES
INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA
REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

GSP-IIC-FR 007
Estado: Vigente
Versión 03

Contratista: San Isidro | N° Contrato: 2608061008 | Mes: agosto
Responsable: certificados ESE | Tipo de actividad: | Duración:

#	Día	# ficha filiación	Nombres y Apellidos	Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Víctima (SI-NO)	Grupo étnico (Ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno	Grupo priorizado	Programa	Firma
39	1	26	Thomas Gonzalez C.	CC	1002634388	23				Urb. Cerro Pte.										
40	2	26	Yesika Natalia Grado	CC	1073784591	38	M	F	3126978668	B. Norte	C. Norte	SI	NO	NO						
41	3	26	Jorge Gerardo Tesota	CC	4605827	43	M	H	3042441	San Joaquín	Cumbres	SI	SI	SI						
42	4	26	Carlos Mauricio Torres G	CC	16076091	43	M	H	3173804976	La Isabela	Frente	SI	NO	NO						
43	5	26	Hernan Giraldo Gonzalez	CC	10233701	70	M	H	3026472486	S. Maria	B. Cero Oro	SI	NO	NO						
44	6	26	Gloria Isabel Acevedo Perez	CC	43537326	57	M	F	3213173126	Chipre	Atardeceres	SI	NO	NO						
45	7	26	Liliana Garcia Garcia	CC	24348712	45	M	F	3207823788	Versalles	San José	SI	NO	NO						
46	8	26	Gloria Maria Suarez H.	CC	24341325	46	M	F	3216595421	Carmen	Alcarreno	SI	NO	NO						
47	9	26	Luz Adriana Galvis T.	CC	30339471	48	M	F	3104376934	Santos	Universitaria	SI	NO	NO						
48	10	26	Belarmina Toro de Cuesta	CC	24266136	101	M	F	3104677330	Fatima	Universitaria	SI	NO	NO						
49	11	26	Luis Orlando Pozo Ramirez	CC	2055348505		H	M	3105959402	Chipre	Atardeceres	SI	NO	NO						
50	12	26	Juan Carlos Padilla Cruz	CC	75036938	49	M	M	3206859152	San Jorge	Estación	SI	NO	NO						
51	13	26	Maria Rebeca Cardona	CC	24430740	85	M	F	3009579296	Bosques N.	C. Norte	SI	NO	NO						
52	14	26	Sergio A. Alvarez Cano	RC	1055763104	4	H	M	3113740993	La Siria	Tablazo	SI	NO	NO						
53	15	26	Dennys J. Betancur Perez	CC	1053314234	34	M	F	3125867991	Palonegro	C. Norte	SI	NO	NO						
54	16	26	Luz Elena Martinez	CC	30325849	54	M	F	3175823045	Samaria	N. Horizante	SI	NO	NO						
55	17	26	Jose Arley Villegas R.	CC	75081936	51	H	M	3217665224	Entrada	San José	SI	NO	NO						
56	18	26	Valeria Osorio Marin	CC	1053863828		M	F	3053345256	Bosque	Alcarena	SI	NO	NO						
57	19	26	Johnatan Rendon Montoya	CC	1053737988	38	H	M	3332921633	Sol Fexible	N. Horizante	SI	NO	NO						
58	20	26	Aura Rosa Garcia H	CC	24756438	77	M	F	3117440691	Km 41	Colombia	SI	NO	NO						
59	21	26	Emmanuel Hinapie A	RC	1054891498	06	H	M	3147471473	Asentillo	Panorama	SI	NO	NO						
60	22	26	Nancy Liliana Valejo L.	CC	30202962644		M	F	3022021026	Olivos	N. Horizante	SI	NO	NO						

Convenciones:
1. Ficha: Escribir el número de ficha si la tiene, de lo contrario escribir NA (No aplica)
2. Tipo de identificación CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjería, PS Pasaporte, PEP Permiso Especial de Permanencia, RC Registro Civil, SI Sin Identificación, TI Tarjeta de Identidad
3. Sexo: H Hombre, M Mujer, I Intersexual
4. Identidad: M Masculino, F Femenino, T Trans, NB No binario
5. Grupo Etnico: NE No sé, AF Afrocedentes, RA Rrom, PA Palenqueros, IN Indígenas, RC Room, NA No Aplica
6. Entorno: Comunitario, Grupo Institucional, Laboral, Escolar, Virtual

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por el personal de salud (nombres) _____ que los responsables del tratamiento de mis datos personales son la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____, los cuales recolectarán, usarán y tratarán mis datos para favorecer la identificación, atención y apoyo de temas relevantes en el sector Salud. Reconozco el carácter voluntario en responder preguntas que versen sobre datos personales y mis derechos como titular de los datos, que incluyen el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el, así como la garantía de la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos. Por ello autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ para recolectar y tratar mis datos personales de acuerdo con la información suministrada y según el programa de atención desarrollado.

En relación con lo anterior, yo (nombre) _____ autorizo como responsable institucional de la actividad el registro de los datos de los NNA

ALCALDÍA DE MANIZALES

ALCALDÍA DE MANIZALES
INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS SALUD PÚBLICA
REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

GSP-IIC-FR 007
Estado Vigente
Versión 03

Contratista San Isidro N° Contrato 2608061008 Mes Agosto 31-2026

Responsable certificadores Tipo de actividad certificacion D. Duración

#	Día	# ficha fliar	Nombres y Apellidos	Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Victima (SI-NO)	Grupo etnico (Ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno	Grupo priorizado	Programa	Firma
61	1	31	Maria Paula Portilla G.	TI	1054874779	15	M	F	3224397345	Centro	Comuneros	SI	NO	NO						
62	2	31	Ruben Dario Duque Franco	CC	1053777518	39	M	H	3122388636	Carolita	N. Horizonte	NO	NO	NO						
63	3	31	Juan Pablo Vasquez V.	CC	1607240552		H	M	3502306087	Palinda	Atardeceres	SI	NO	NO						
64	4	31	Julio Charry Londoño	CC	1010128920	25	H	M	3227898400	San Jorge	San Jose	SI	NO	NO						
65	5	31	Andres Giraldo Navarro	CC	75073833	52	H	M	3104500200	La Linda	San Jose	SI	NO	NO						
66	6	31	Jorge Lopidio Carmona	CC	75064202	57	H	M	3142253132	Villahermosa	N. Horizonte	SI	NO	NO						
67	7	31	Jorge Alberto Aristizabal	CC	75100779	44	H	M	3106315837	Palermo	Palogrus	SI	NO	NO						
68	8	31	Luz Dary Torres A.	CC	30270217		M	F	3206127656	Guinda	Colombia	SI	NO	NO						
69	9	31	Nancy Cristina Valencia	CC	30327744	52	M	F	3207088662	Sinai	N. Horizonte	SIS	NO	NO						
70	10	31	Gloria Ines Campuzano	CC	30277460	68	M	F	3242355875	San Jorge	Estacion	SI	NO	NO						
71	11	31	Juan Gabriel Gonzalez	CC	1053782666	38	M	M	3116214433	Unibe	Fuente	SI	NO	NO						
72	12	31	Maria Camila Valderrama	CC	1053054398	24	M	F	3202783001	Agustin	Comuneros	SI	NO	NO						
73	13	31	Sergio Alonso Palacio	CC	1053768046		H	M	3103591061	Bosque	Macarena	SI	NO	NO						
74	14	31	Evernidys Rodriguez	CC	1024172672		H	M	3217704433	Enea	Tesorito	SI	NO	NO						
75	15	31	Wilmar Osorio Pedroza	CC	1052242465		H	M	3-1823084	Linares	Fuente	SI	NO	NO						
76	16	31	Eduardo F. Castaño	CC	1055924	56	H	M	3135083772	Ecuador	Ecuador	SI	NO	NO						
77	17	31	Yon Eider Salina	C.C	1053787984		H	M	3017287252	Centro	Comuneros	SI	NO	NO						

17

Convenciones

1. # Ficha: Escriba el número de ficha al frente de lo contrario escribe NA (No aplica)
2. Tipo de Identificación: CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjería, PI: Pasaporte, PEP: Permiso Especial de Permanencia, RC: Registro Civil, SI: Sin Identificación, TI: Tarjeta de Identidad
3. Sexo: H Hombre, M Mujer, I Intersexual
4. Identidad: M Masculino, F Femenino, T Trans, NB No binario
5. Grupo Etnico: NE Negro, AF Afrodescendientes, RA Raizales, PA Palenqueros, IN Indigenas, RO Rom, NA No Aplica
6. Entorno: Comunitario, Hogar, Institucional, Laboral, Escolar, Virtual

Para dar cumplimiento a la Ley Estatutaria 1581 de 2012 "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo establecido en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto de manera libre, expresa, inequívoca e informada que los datos recolectados serán tratados por la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ en calidad de responsables del tratamiento de mis datos personales con la finalidad de realizar actividades relacionadas con el objeto misional de la entidad, usar, almacenar, circular y suprimir mis datos personales y los de mi menor hijo(a) o representado(a) de los cuales ostento la calidad de titular de los datos que relaciono en este documento, así como los sensibles relativos a mi estado de salud. Reconozco el carácter facultativo de las respuestas relativas a preguntas sobre datos sensibles o sobre los datos de menores de edad. Declaro que he sido informado(a) de manera clara y comprensible sobre mis derechos como titular de los datos, los canales habilitados para ejercerlos, la finalidad, uso y tratamiento que se dará a mis datos personales, la política de tratamiento de la información y el aviso de privacidad disponibles en _____ y que autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ para recolectar y tratar mis datos personales de acuerdo con la finalidad establecida en el presente documento y según el programa de atención mencionado.

En relación con lo anterior, yo (nombre) _____ autorizo como responsable institucional de la actividad, el registro de los datos de los NNA

Cualquier inconsistencia en la información registrada, favor reportarla a la Línea gratuita 018000 946868 o al correo electrónico saludpublica@manizales.gov.co

ALCALDÍA DE MANIZALES

ALCALDÍA DE MANIZALES

INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA

REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

GSP-IIC-FR 007
Estado Vigente
Versión 03

Contratista: Hospital General San Isidro N° Contrato: 2608061008 Mes: Septiembre 2026.

Responsable: Certificadore Tipo de actividad: Discapacidad cutánea Duración:

#	Día	# ficha filiar	Nombres y Apellidos	Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Víctima (SI-NO)	Grupo étnico (Ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno	Grupo priorizado	Programa	Firma
78	1	1	Hilary Andrea Soto P.	TI	1054975731	15	M	F	3104659207	Minitas	E. Cerro Oro	Si	NO	NA						Hilary Soto P.
79	2	1	Emmanuel Garcia Hyuta	TI	1054440344	8	H	M	3054436591	Guamal	La Fuente	Si	NO	NA						EMANUEL
80	3	1	Daniel Arrigave Serna	CC	1056123571	19	H	M	3117398306	Samaria	N. Horizante	Si	NO	NA						Jhoan Serna
81	4	1	Anderson Henao Santa	CC	1024403126	69	H	M	3137094080	Samaria	N. Horizante	NO	Si	NA						Anderson Henao S.
82	5	1	Sebastian Cortes Tubio	CC	1053807655	36	H	M	3148554830	Alcazares	Atardecer	Si	NO	NA						SEBASTIAN CORTES T.
83	6	1	Luz Mary Marin Tejos	CC	45512334	74	M	F	3104442835	Camuneros	N. Horizante	Si	NO	NA						Diana M Marin
84	7	1	Jhan Freddy Osorio G.	CC	75069829	55	H	M	3188435144	Carola	N. Horizante	Si	NO	NA						Jhan Freddy Osorio
85	8	1	Jorge Nelson Tunes Prieto	CC	19258811	68	H	M	3005727146	Rajo Tablazo	Tablazo	Si	NO	NA						Jorge Nilson Tunes
86	9	1	Diana Marcela Pavela E	CC	1140012299	42	M	F	3117943306	Eucaliptos	La Fuente	Si	NO	NA						Diana

Convenciones

1. F Ficha: Escriba el número de ficha si la tiene. De lo contrario escriba NA (no aplica)
2. Tipo de Identificación: CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjería, P: Pasaporte, PEP: Permiso Especial de Permanencia, RC: Registro Civil, SI: Sin Identificación, TI: Tarjeta de Identidad
3. Sexo: H Hombre, M Mujer, I Intersexual
4. Identidad: M Masculino, F Femenino, T Trans, NB No binario
5. Grupo Etnico: NE Negro, AF Afrodescendientes, RA Raizales, PA Palenquero, IN Indigenas, RO Room, NA No Aplica
6. Entorno: Comunitario, Hogar, Institucional, Laboral, Escolar, Virtual

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, a través de este documento manifiesto que he sido informado por el personal de salud mencionado que los responsables del tratamiento de mis datos personales son la Secretaría de Salud Pública de Manizales, y _____ los cuales recolectarán, usarán y tratarán mis datos para favorecer la identificación, diagnóstico y apoyo de rentas relevantes en materia de Salud. Reconozco que tengo los derechos en disposición y preguntas que versen sobre datos personales, y los concernientes a los datos que indaguen, tendientes a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para ellas, como la garantía de la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos. Por ello autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ para recolectar y tratar mis datos personales de acuerdo con la información suministrada y según el programa de atención desarrollado.

En relación con lo anterior, yo (madre/padre) _____ autorizo como responsable institucional de la actividad, el registro de los datos de los NNA

Consulta de datos: Para consultar los datos ingresa a www.sivigila.gov.co y da clic en la línea gratuita de datos personales o por medio de la siguiente dirección electrónica

ALCALDÍA DE MANIZALES

INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA

REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

GSP-IIC-FR 007
Estado Vigente
Versión 03

Contratista Sun Visión N° Contrato 2608061008 Mes Septiembre

Responsable Grupo certificadores Tipo de actividad certificaderes Duración

#	Día	# ficha filiar	Nombres y Apellidos	Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Víctima (SI-NO)	Grupo etnico (Ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno	Grupo priorizado	Programa	Firma
87	1	2	José Fdo Acosta Salgado	CC	75074898	53	H	M.	3206745285	San Sebast.	C. Norte	Si	NO	NO						Blanca
88	2	2	Kilion Vélez Aguirre	RC	1054894018	04	M	M	324/4167914	Carmen.	Macarena	SI	NO	NO						
89	3	2	Sandra Viviana Delgado	CC	30739705	42	M	F	3128668084	tablazo	Tablazo	Si	NO	NO						
90	4	2	Alejandro Vanegas	C.C.	10538648 X	28	H	M	3243734841	20 Julio	Macarena	si	NO	NO						Alejandro V.A.
91	5	2	Diana María Arias	C.C.	24346804	45	M	F	3168134991	Villa Pilo.	Atardeceres	si	NO	NO						Diana Arias
92	6	2	Emmanuel Parra Quintero	TI	1056138202	09	H	M.	3125527823	Novado	Fuente	si	NO	NO						María Isabel
93	7	2	Luis Geury Granada -	CC	93390263	53	H	M.	3214079673	Cpo Amor.	Cumanday	si	NO	NO.						Luis A. Torres.
94	8	2	Luz Mery Valbuena	CC	30053724	79	M	F	3148136335	la Fuente	Fuente	si	NO	NO.						Luz Mery
95	9	2	Adela del Carmen Morales	CC.	30324297	54	M	F.	3116891885	Minitas	E. Cerro Oro	Si	NO.	NO.						Adela
96	10	2	Juan Esteban Salazar T.	CC.	1002653242	23	H	M.	3177985251	Enea.	Tesorito	Si.	NO	NO.						Juan Esteban
97	11	2	Erika Velásquez Rodríguez	CC.	30391422	49	M	F.	3207103159	Centro.	Cumanday	Si	NO	NO						Erika
98	12	2	Anthony Acosta González	RC.	1053878203	3	H	M.	3144459317	Bosque	Macarena	Si	NO	NO.						Mariana B.
99	13	2	Jorge Eduardo Posada Araq	CC.	1053847058	30	H	M	3233819769	S. Antonio	Macarena	Si	NO	NO.						Jorge Posada
100	14	2	Marilu Lima Quintero	CC.	30328438	53	M	F	3136300263	Bosque.	Macarena.	Si	NO.	NO.						Marilu
101	15	2	Sandra María Giraldo C.	CC.	30328252	55	M	F.	3207774499	S. Isidro	Atardeceres	Si	Si	NO.						Antonio Corralos
102	16	2	Matías Mosquera Yepez	T.I	1056137896	9	H	M.	3148931362	V. Arenillo.	Panorama	Si	NO.	NO.						Matías
103	17	2	María Mariela Quintero	CC	30327752	65	M	F.	3176737496	Paraiso	La fuente	Si	NO	NO.						Mariela
104	18	2	Luis Felipe Guapacha G.	CC	1053358375 22	H	M.	3176737496	Paraiso	La fuente	Si	NO	NO.							Luis Felipe
105	19	2	Violeta Alvarez Romero	T.I.	1059209977	M	F.	3026862061	Velez	La fuente	Si	NO	NO							Violeta

19

Convenciones

1. # Ficha: Escriba el número de ficha si la tiene, de lo contrario escriba NA. No aplica
2. Tipo de Identificación: CC: Cédula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjería, PA: Pasaporte, PEP: Permiso Especial de Permanencia, RC: Registro Civil, SI: Sin Identificación, TI: Tarjeta de Identidad
3. Sexo: H: Hombre, M: Mujer, I: Intersexual
4. Identidad: M: Masculino, F: Femenino, T: Trans, NB: No Binario
5. Grupo Etnico: NI: Negro, AF: Afrodescendientes, RA: Raizales, PA: Palenqueros, IN: Indígenes, RO: Rrom, NA: No aplica
6. Entorno: I: Institucional, Hogar, Recreativo, Laboral, Escolar, Virtual

Dando cumplimiento a la ley estatutaria 1581 de 2012 "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con la ley 1581 de 2012, con la firma de este documento manifiesto a _____ de forma voluntaria, por el personal de salud municipal, que los resultados del tratamiento de mis datos personales serán Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ los cuales recolectarán, tratarán, usarán y trasferirán mis datos para favorecer la identificación, detección y apoyo de temas relevantes en el marco de Salud Pública, el cual es voluntario en respuesta preguntas que versen sobre datos personales y mis derechos como titular de los datos que incluyen el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el, así como la garantía de la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos. Por ello autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, inequívoca e informada a la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ para recolectar y tratar mis datos personales de acuerdo con la información suministrada y según el programa de atención desarrollado.

En relación con lo anterior, yo (nombre) _____ autorizo como responsable institucional de la actividad el registro de los datos de los SNP.

Cualquier duda o inquietud con el manejo de sus datos personales puede comunicarse a la línea gratuita 018000 946 000 o a la línea gratuita 3104 [illegible] o a nuestras redes sociales oficiales de la Secretaría de Salud Pública de Manizales.

ALCALDÍA DE MANIZALES

ALCALDÍA DE MANIZALES

INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN S[illegible] PÚBLICA

REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

GSP-IIC-FR 007
Estado Vigente
Versión 03

Contratista: San Isidro — N° Contrato: 2608061008 — Mes: Septiembre 7/2026

Responsable: Cintia Rador — Tipo de actividad: certificacion — Duración:

#	Día	# ficha filiar	Nombres y Apellidos	Tipo ID (*)	N. Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Victima (SI-NO)	Grupo etnico (Ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno	Grupo priorizado	Programa	Firma
106	1	7	ot	Fuerlia Quintero Garcia	TI	1054885198	11	F	M	3146543158	Parajo	Fuente	Si	NA	NA					Emilia
107	2	7	ot	Julian David Barbosa	CC	1607142743	M	H	H	3183352697	Fatima	Uni	Si	NA	NA					Julian David B.
108	3	7	ot	Jeronimo Garcia Garcia	CC	1053539025	21	M	H.	3114082778	Caribe	C. Nort	Si	NA	NA					Jeronimo G.
109	4	7	ot	Alejandro Quintero Valencia	CC	1192898426	M	H	H	3235258216	Malabar	Uni	Si	NA	NA					Alejandro Q.
110	5	7	ot	Isaac Miguel Delgado Ramos	CC	1033257722	M	H	H	3205184365	San Antonio	Macarena	Si	NA	NA					Isaac Miguel D.
111	6	7	ot	Luz Nelly Vergara	CC	24926286	F	M	M	3012489682	Granada	Macarena	Si	NA	NA					Luz Nelly V.
112	7	7	ot	Juan Fabian Orozco Garcia	CC	75086162	45	M	H	3243872654	La Asunción	Estacion	Si	NA	NA					Juan Fabian Orozco
113	8	7	ot	Jose Ricaurte Lopez Marin	CC	1088818296	36	M	H	3207165440	Cerro La Aurora	S. Jose	Si	NA	NA					Jose Ricaurte Lopez
114	9	7	ot	Olga Franco Quintero	CC	30828657	52	F	M	3207236982	La Labora	Remanso	Si	NA	NA					Olga F.
115	10	7	ot	German Dario Vega Valencia	CC	10287846556	M	H	H	3113736354	La Quimica	Comuneros	Si	NA	NA					German Dario Vega
116	11	7	ot	Camilo Felipe Pinzon A	CC	1053874826	M	H	H	3228706355	Colorino	N. Horizonte	Si	NA	NA					Camilo Felipe Pinzon
117	12	7	ot	Camilo Felipe Gomez B	CC	1055830719	18	M	H	3012529791	Nuevos	Estanco	Si	NA	NA					Camilo Felipe Gomez B.
118	13	7	ot	Natalia Saldarriaga	CC	3040127847	F	M	3136164985	Samaria	N. Horizonte	Si	NA	NA						Natalia S.
119	14	7	ot	Jesica Muriel Galvis	CC	1002547273	25	F	M	3166737[illegible]	Cumbre	Ecoturismo	Si	NA	NA					Jesica
120	15	7	ot	Nicolas Alvarez	C.C.	1054862847	11	M	H	3116454612	Villa Esperanza	Fuente	Si	NA	NA					Nicolas Alvarez
121	16	7	ot	Santiago Rivera	C.C	1054867447218	M	H	H	3203076655	Nevado	Fuente	Si	NA	NA					SANTIAGO RIVERA
122	17	7	ot	Amanda Lopez Pedraza	CC	30315709	56	F	M	3113850772	Militar	Cenderos	Si	NA	NA					Amanda L. P.
123	18	7	ot	Yeny Alejandra Bedoya	C.C	1062800882		F	M	3137776210	San Peregrino	Panorama	Si	NA	NA					Luz mas lenta corazon

/50

Convenciones:

1. # Ficha: Escribir el número de ficha según tenga el consecutivo asignado (Ver hoja siguiente)
2. Tipo de Identificación: CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjería, P: Pasaporte, PEP: Permiso Especial de Permanencia, RC: Registro Civil, SI: Sin Identificación, TI: Tarjeta de Identidad
3. Sexo: H: Hombre, M: Mujer, I: Intersexual
4. Identidad: M: Masculino, F: Femenino, T: Trans, NB: No Binario
5. Grupo Etnico: NE: Ninguno, AF: Afrodescendientes, RA: Raizales, PA: Palenqueros, IN: Indigenas, RO: Rrom, NA: No Aplica
6. Entorno: Comunitario, Hogar, Institucional, Laboral, Escolar, Virtual

Dando cumplimiento a lo establecido en la Ley 1581 de 2012, "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado(a) por el personal de salud encargado que los responsables del tratamiento de mis datos personales son la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ los cuales recolectarán y tratarán y harán uso para realizar la identificación, entender y apoyar mis actividades relacionadas con el tema de Salud. Autorizo de manera voluntaria el suministro de información personal, la cual versará sobre datos personales y de derechos como titular de los datos, que incluyen el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir información personal así como el de solicitar prueba de esta autorización, entendiendo que puedo revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de mis datos. Por ello autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Secretaría de Salud Pública de Manizales y para recolectar y tratar mis datos personales de acuerdo con la información suministrada y según el programa de atención desarrollado.

En relación con lo anterior, yo, (nombre) _____ autorizo como responsable institucional de la actividad el registro de los datos de los NNA

Firma quien recibe la información: _____ Firma Responsable de la actividad: _____

ALCALDÍA DE MANIZALES

ALCALDÍA DE MANIZALES

INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS E[illegible]LUD PÚBLICA

REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

GSP-IIC-FR 007
Estado Vigente
Versión 03

Contratista San Isidro N° Contrato 2608061008 Mes Septiembre 8/2026.

Responsable certificadore Tipo de actividad certificacion Duración

#	Día	# ficha fliar	Nombres y Apellidos	Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Víctima (SI-NO)	Grupo etnico (Ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno	Grupo priorizado	Programa	Firma
124	1	8	ol	Damian Lopez Garcia	Cc	1002692523	23	H	M	3[illegible]7534	Cervanes	Macarena	SI	NA	NA					
125	2	8	ol	Edgar Johan Orozco B	CC	1607859	43	H	M	3104566220	Bajo Cervanes	Fuente	SI	NA	NA					
126	3	8	ol	Jahir Alberto Cano G	CC	10277003	59	H	M	3173125242	Otana	Ecatos	SI	NA	NA					
127	4	8	ol	Maria Cristina Montoya	CC	1053765462	40	F	M	3128920764	Enea	Tesorito	SI	NA	NA					
128	5	8	ol	Gonzalo Murillo Estrada	CC	30317028	59	M	M	3013582685	Mail	M. Hermosa	SI	NA	NA					
129	6	8	ol	Claudia Milena Grado Cano	CC	24853413	44	F	M	3136936565	Cacatin	Atardeceres	SI	NA	NA					
130	7	8	ol	Leonardo Castillo	CC	1053823006	33	H	M	3014466107	Fatima	Universitaria	SI	NA	NA					
131	8	8	ol	Omar Velasquez Cardona	RC	1053753242	23	H	M	3126586199	San Sebastian	C. Norte	SI	NA	NA					
132	9	8	ol	Sergio Medina Cardona	TI	1056134478	8	H	M	3134920483	Bajo Brinto	Manantial	SI	NA	NA					
133	10	8	ol	Mateo Lopez Gomez	CC	1053748563	37	H	M	3128164518	La Trocha	Atardecer	SI	NA	NA					
134	11	8	ol	Carlos Alberto Davila	CC	1055478511	37	H	M	3128156231	Milan	Palogrand								Carlos Davila
135	12	8	ol	Jaime Eduardo Echeverri	CC	10227119	73	H	M	3105032674	Palermo	Palogrande	SI	NA	NA					
136	13	8	ol	Victor Manuel Alvarez Morado	CC	1002842689	25	H	M	3035952664	Caribe	C. Norte	SI	NA	NA					
137	14	8	ol	Sandra Liliana Arroyave	CC	24340644	40	M	F	3207229856	Sta Sebastian	C. Norte	SI	NA	NA					
138	15	8	ol	Angela Rosa Grialdo	CC	24302478	79	M	F	3123662867	Vernal	Comandante	SI	NA	NA					
139	16	8	ol	Juan Jose Murrillo Osena	CC	1054867618	18	H	F	3225730130	San Jorge	Estacion	SI	NA	NA					
140	17	8	ol	Maria Aide morales	CC	30310724	60	M	F	3001300547	la sultana	Ecatorce	SI	NA	NA					
141	18	8	ol	Sofia Ordonez	CC	10596794	21	M	F	3177248546	colombia	Fuente	SI	NA	NA					
142	19	8	ol	Nicolas valenca Molina	CC	1053851081	30	H	M	3018200530	laureles	Palogrand	SI	NA	NA					

Convenciones

1. # Ficha: Escriba el número de ficha si la tiene, en la columna escribe NA (No aplica)
2. Tipo de Identificación: CC: Cédula de Ciudadanía, CE: Cédula de Extranjería, PT: Pasaporte, PEP: Permiso Especial de Permanencia, RC: Registro Civil, SI: Sin identificación, TI: Tarjeta de Identidad.
3. Sexo: H Hombre, M Mujer, I Intersexual
4. Identidad: M Masculino, F Femenino, T Trans, NE No Existe
5. Grupo Etnico: NE Negro, AF Afrodescendientes, RA Raizales, PA Palenqueros, IN Indígenas, RO Room, NA No aplica
6. Entorno: Domiciliario, Hogar, Institucional, Laboral, Educativo, Virtual

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales", de conformidad con lo señalado en el Título II, Capítulo III, numeral 3 del Decreto 1377 de 2013, mediante la presente autorizo de manera previa, expresa e informada al personal de salud (médicos, _____ quienes son los responsables del tratamiento de mis datos personales son la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____, los cuales recolectarán, usarán y tratarán mis datos para brindar la identificación, detección y seguimiento de temas relacionados con el tema de Salud Pública. Declaro además que he sido informado(a) sobre mis derechos como titular de los datos, que incluyen el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir información personal así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de los mismos, así como la garantía de la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos. Por ello autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ para recolectar y tratar mis datos personales de acuerdo con la información suministrada y según el programa de atención desarrollado.

En relación con lo anterior, yo (nombre) _____ autorizo como responsable institucional de la actividad el registro de los datos de los NNA.

Nota: Este formato es propiedad de la Alcaldía de Manizales y no puede ser modificado sin la autorización de la misma. Para mayor información consulte la página web www.manizales.gov.co

ALCALDÍA DE MANIZALES

ALCALDÍA DE MANIZALES
INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA
REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

GSP-IIC-FR 007
Estado Vigente
Versión 03

Contratista Hospital General San Isidro N° Contrato 2608 061008 Mes Septiembre 2026/9

Responsable certificadores Tipo de actividad certificacion Duración

#	Día	# ficha fliar	Nombres y Apellidos	Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Victima (SI-NO)	Grupo etnico (Ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno	Grupo priorizado	Programa	Firma
143	2	9	ol	José David Rincón	CC	75090416	47	H	M	3137338792	Bavaria	Estación	Si	NA	NA					José David Rincón
144	2	9	ol	Rafael Felipe Gonzalez S.	CC	1054548156	39	H	M	3192430688	Sultana	E. Cerro Oso	Si	NA	NA					Rafael Felipe Gonzalez S.
145	3	9	ol	John James Hernandez C.	CC	15862331	44	H	M	3022927907	Enea	Tesorito	Si	NA	NA					JOHN JAMES HC
146	4	9	ol	Luz Mery Velasquez Osorio	CC	30297320	60	M	F	3163411010	Sinai	N. Horizonte	Si	NA	NA					Luz Mery Velasquez
147	5	9	ol	Luis Felipe Gamba Tores	TI	1054480815	15	H	M	3006826856	Arangurez	Universitaria	Si	NA	NA					Luis Felipe Gamba T.
148	6	9	ol	Carlos Mauricio serna Uribe	CC	10278775	59	H	M	3105226120	Enea	Tesorito	Si	NA	NA					Area Castaño
149	7	9	ol	Alex Fernando Castaño G.	CC	1002736528	27	H	M	3222352799	Fuente Sol	C. Norte	Si	NA	NA					Alex Fernando Castaño G.
150	8	9	ol	Luis Jesús Giraldo	CC	10250798 65	H	M	3008348214	Camilo M	Macarena	Si	NA	NA						Luis Jesús Giraldo
151	9	9	ol	Stefania Muñoz Fernandez	CC	1002543233	24	F	M	3146189145	Bogue	Macarena	Si	NA	NA					Stefania Muñoz Fernandez
152	10	9	ol	Oscar Ivan Sanchez Agudelo	CC	1053866376	35	H	M	3106958619	Calcu	S. José	Si	NA	NA					Oscar Ivan Sanchez A.
153	11	9	ol	Juan Pablo Gonzalez J	CC	1054895721	H	M	3218486546	Camilo M	Macarena	Si	NA	NA						Juan Pablo Gonzalez J.
154	12	9	ol	Walter Gonzalez Lopez	CC	75085921	48	H	M	3201466546	El Camilo M	Macarena	Si	NA	NA					Walter Gonzalez Lopez
155	13	9	ol	Sergio Tovar Jaramillo	TI	1030617255	15	H	M	3208187355	La cabaña	Romeral	Si	NA	NA					Sergio
156	14	9	ol	Maria Isabela Hernández G.	TI	1054135195	10	M	F	3126415848	La violeta	Agustory	Si	NA	NA					Maria Garcia
157	15	9	ol	Sofia Ocampo Blanco	TI	1107662945	15	M	F	3116241719	La Albania	Macarena	Si	NA	NA					Sofia Ocampo

(15)

Convenciones
1. # Ficha: Escriba el número de ficha si la tiene, de lo contrario escriba NA (No aplica)
2. Tipo de Identificación: CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjería, P: Pasaporte, PEP: Permiso Especial de Permanencia, RC: Registro Civil, SI: Sin Identificación, TI: Tarjeta de Identidad
3. Sexo: H Hombre, M Mujer, I Intersexual
4. Identidad: M Masculino, F Femenino, T Trans, NB No, binario
5. Grupo Etnico: NE Negro, AF Afrodescendientes, Rg Raizales, PA Palenqueros, IN Indígenas, RO Room, NA No aplica
6. Entorno: Comunitario, Hogar, institucional, Laboral, Escolar, Virtual

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por el personal de salud (nombres) _____ que los responsables del tratamiento de mis datos personales son la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ los cuales recolectarán, usarán, y tratarán mis datos para favorecer la identificación, detección y apoyo de temas relevantes en el tema de Salud. Reconozco el carácter voluntario en responder preguntas que versen sobre datos personales y mis derechos como titular de los datos, que incluyen el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para ello, así como la garantía de la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos. Por ello autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ para recolectar y tratar mis datos personales de acuerdo con la información suministrada y según el programa de atención desarrollado.

En relación con lo anterior yo (nombre) _____ autorizo como responsable institucional de la actividad el registro de los datos de los NNA

ALCALDÍA DE MANIZALES

ALCALDÍA DE MANIZALES
INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS E[illegible]ALUD PÚBLICA
REGISTRO DE ACTIVIDADES INDIVIDUALES EN SALUD PÚBLICA

GSP-IIC-FR 007
Estado Vigente
Versión 03

Contratista Hospital General San Isidro N° Contrato _____ Mes Septiembre 2026

Responsable _____ Tipo de actividad _____ Duración _____

#	Día	# ficha filiar	Nombres y Apellidos	Tipo ID (*)	N° Documento	Edad	Sexo (H-M-I)	Identidad (M-F-T-NB)	Teléfono	Barrio / Vereda	Comuna o Corregimiento	Discapacidad (SI-NO)	Víctima (SI-NO)	Grupo etnico (Ver lista)	Remisión a	Lugar de la actividad	Entorno	Grupo priorizado	Programa	Firma
157	1	11	ot	Jose Norbey Ocampo M	CC	10288540	56	H	M	3143177541	20 Julio	Macarena	SI	NO	NO		H651				- José Norbey
158	2	11	ot	Jose Naberto Ospina	CC	10258163	63	H	M	3117009462	Bosque Norte	Ciudadela Norte	SI	NO	NO		H651				
159	3	11	ot	Alvaro Hernan Cardona	CC	16137340	55	H	M	3116901029	Bar Tablazo	El Tablazo	SI	NO	NO		H651				- Alvaro Hernan
160	4	11	ot	Patricia Castrillon	CC	30401043	47	M	F	3113533086	Colombia	Fuente	SI	NO	NO		H651				- Patricia
161	5	11	ot	Santiago Pinilla Jrado	CC	1000723544	26	H	M	3112405135	Argentina	Estación	Si	NO	NO		H651				- Santiago P.
162	6	11	ot	Luz Stella Acosta S	CC	30337254	51	M	F	3206745285	San Jorge	Estación	SI	NO	NO		H651				Luz Stella A
163	7	11	ot	Xiomara Florez Tabares	CC	1054867866	18	M	F	3332965581	Agustinos	Cuenadas	Si	NO	NO		H651				- Xiomara F.T
164	8	11	ot	Alejandro Lopez Castro	CC	1053841973	30	H	M	3007587515	San Ignacio	San Jose	Si	NO	NO		H651				- Alejandro
165	9	11	ot	Martin Moñanda P	TI	1056139988	8	H	M	3043268877	San Sebastian	C. Norte	SI	NO	NO		H651				
166	10	11	ot	Liliana Patricia Calvo	CC	1002087331	29	M	F	3206987748	16 Enea	Tesorito	SI	SI	NO		H651				- Liliana Calvo
167	11	11	ot	Diego Fernando Murcia R.	CC	4414624	45	H	M	3104312575	Samaria	N. Horizonte	Si	NO	NO		H651				Diego Fdo Murcia
168	12	11	ot	Jorge Eduardo Garcia C.	CC	16071872	45	H	M	3137364525	Sebastián	C. Norte	Si	NO	NO		H651				Natalia Valencia
169	13	11	ot	Andrés Felipe Vanegas L.	C.C.	1053839916	31	H	M	3136579427	Fátima	Universitaria	Si	NO	NO		H651				Andrés F. Vanegas L.
170	14	11	ot	Jerónimo Gómez Gómez	TI	1056137190	9	H	M	3217557301	Leras	Estación	Si	NO	NO		H651				Jerónimo Gómez
171	15	11	ot	Juan Andrés Cardona S.	CC	75104126.42	H	M		3006799247	Minitas	E. Cerro Gro	Si	NO	NO		H651				Patricia Cardona

15

171 Aceptado!

Convenciones
1. # Ficha: Escriba el número de ficha si la tiene, de lo contario escriba NA (No aplica)
2. Tipo de identificación: CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjería, P: Pasaporte, PEP: Permiso Especial de Permanancia, RC: Registro Civil, SI: Sin Identificación, TI: Tarjeta de Identidad
3. Sexo: H Hombre, M Mujer, I Intersexual
4. Identidad: M Masculino, F Femenino, T Trans, NB No binario
5. Grupo Etnico: NE Negro, AF Afrodescendientes, RA Raizales, PA Palenqueros, IN Indigenas, RO Room, NA No Aplica
6. Entorno: Comunitario, Hogar, Institucional, Laboral, Escolar, Virtual

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por el personal de salud (nombres) _____ que los responsables del tratamiento de mis datos personales son la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ los cuales recolectarán, usarán y tratarán mis datos para favorecer la identificación, detección y apoyo de temas relevantes en el tema de Salud. Reconozco el carácter voluntario en responder preguntas que versen sobre datos personales y mis derechos como titular de los datos, que incluyen el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el, así como la garantía de la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos. Por ello autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Secretaría de Salud Pública de Manizales y _____ para recolectar y tratar mis datos personales de acuerdo con la información suministrada y según el programa de atención desarrollado.

En relación con lo anterior, yo (nombre) _____ autorizo como responsable institucional de la actividad, el registro de los datos de los NNA.

Comuníquese con la Alcaldía de Manizales al teléfono 606 8928000 o a la línea gratuita 018000968998 o por medio de la página web www.manizales.gov.co