

 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>PROTOCOLO PARA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE ACOSO SEXUAL LABORAL</b>		
	Código: xxxxxxxxx	Página 1 de 33	

## PROTOCOLO PARA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE ACOSO SEXUAL LABORAL

### 1. OBJETIVO

Establecer un protocolo claro y eficaz para prevenir, investigar y sancionar el acoso sexual laboral, garantizando la protección de víctimas y personas investigadas con enfoque de igualdad y debido proceso, así como brindar atención inmediata, integral y con trato digno, humanizado y diferencial a las posibles víctimas, asegurando la garantía y el restablecimiento de sus derechos.

#### 1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**1.1. Prevenir y atender el acoso sexual laboral** mediante acciones claras de sensibilización, detección, denuncia y respuesta oportuna, promoviendo un entorno laboral libre de violencia.

**1.2 Garantizar atención y protección de derechos** con enfoque de género, trato digno, confidencialidad y respeto al debido proceso para víctimas e investigados.

### 2. ALCANCE

El presente protocolo aplica a los trabajadores, contratistas, pasantes, internos, y demás personas con vinculación directa que han sido víctimas de acoso sexual en el ámbito laboral, inicia con la recepción inmediata de la queja hasta el seguimiento, y manejo de tal forma que se articulen todos los procesos con los diferentes actores integrales garantizándose una atención integral a la población mencionada.

### 3. RESPONSABLE

**Empleador:** garantiza la prevención, protección y acciones según la Ley.

**Responsable SST** garantiza la prevención, protección y acciones según la Ley.

#### Externos

**ARL:** apoya con prevención, atención emocional y acompañamiento.

Inspección del Trabajo / Fiscalía / Procuraduría: intervienen según la gravedad y rol del investigado



 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>PROTOCOLO PARA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE ACOSO SEXUAL LABORAL</b>		
	Código: xxxxxxxx	Página 2 de 33	

#### 4. DEFINICIONES

**Abuso verbal y emocional:** Intimidación en los tratos, incluyendo la coacción utilizando terceros.

**Aislamiento:** hace referencia a los casos en donde se busca controlar cada aspecto de la vida de la víctima como su tiempo, sus actividades, su contacto con los otros. Así mismo cuando a una víctima no se le permite trabajar, recibir llamadas telefónicas o ver amigos o familiares, debe estar fuera o desconectada del mundo exterior.

**Abuso físico:** Se refiere a las conductas que constituyen lesiones personales y en general a todas aquellas que atentan contra la integridad física.

**Acceso carnal no consentido:** Es la “penetración del pene por vía vaginal, anal u oral, así como la penetración en cualquier otra parte del cuerpo u otro objeto por vía vaginal o anal. Dependiendo de la condición de la persona victimizada, en la ley penal se tipifica como acto sexual violento, acto sexual con persona puesta en incapacidad de resistir, acto sexual con incapaz de resistir o acto sexual con menor de 14 años.

**Acoso Sexual:** El acoso sexual puede definirse como insinuaciones sexuales, solicitud de favores sexuales u otros contactos verbales o físicos de naturaleza sexual no deseados ni queridos que crean un ambiente hostil u ofensivo. También puede ser visto como una forma de violencia contra las mujeres (y los hombres, que también pueden ser objeto de acoso sexual) y como tratamiento discriminatorio. Una parte clave de la definición es la palabra “no deseado”.

**Discriminación:** Es el “trato desfavorable o perjudicial dado a una persona, por motivos arbitrarios en razón de su género, sexo u orientación sexual”.

**Género:** son “las creencias construidas y normalizadas en un contexto histórico y cultural, sobre los atributos que caracterizan a lo que se concibe como hombres y mujeres”.

**Inducción o constreñimiento a la prostitución:** Es “la incitación, persuasión o estímulo de una persona al comercio carnal o a la prostitución, con el ánimo de lucrarse o para satisfacer los deseos de otra persona. Se trata de constreñimiento cuando existe coacción, intimidación o sometimiento.

**Ofensa Sexual:** Es la “utilización de expresiones verbales, no verbales o escritas, de índole sexual, que denigran, cosifican, intimidan y atemorizan a la persona a la cual van dirigidas. Incluye la exhibición o envío de contenido sexual a una persona, sin su consentimiento.



 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>PROTOCOLO PARA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE ACOSO SEXUAL LABORAL</b>		
	Código: xxxxxxxx	Página 3 de 33	

**Violencia:** La fuerza, el constreñimiento, la presión física o psíquica intimidación o amenaza que el agente despliega sobre la víctima para hacer desaparecer o reducir sus posibilidades de oposición o resistencia a la agresión que ejecuta.

**Violencia Sexual:** La OMS y OPS (2003) definen la violencia sexual como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona”.

**Violación/asalto sexual:** El asalto sexual es definido por la OPS como “cualquier acto de naturaleza sexual no deseado como besos, caricias, sexo oral o anal, penetración vaginal, que es impuesto a una persona”. Se entiende por violencia la fuerza, el constreñimiento, la presión física o psíquica-intimidación o amenaza que “el agente despliega sobre la víctima para hacer desaparecer o reducir sus posibilidades de oposición o resistencia a la agresión que ejecuta”.

**Violencia contra la mujer:** hace referencia a cualquier acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado.

**Víctima:** persona que recibe comportamientos descritos como acoso.

**Investigado:** persona señalada por la denuncia.

**Medidas de protección:** acciones preventivas para salvaguardar a la víctima.

## 5. CONDICIONES GENERALES

La E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona consiente de la problemática actual que generan los actos de acoso sexual y/o de discriminación por razón de sexo en los ambientes laborales, se compromete a:

Investigar de manera efectiva las denuncias y sancionar a los responsables de acuerdo con su alcance, abordando cada caso bajo una perspectiva de género.

Proteger a la víctima y no tolerar actos que puedan constituir acoso sexual, discriminación o cualquier tipo de violencia de género.

Promover e impulsar una cultura institucional de cero tolerancia al acoso sexual y/o discriminación por razón del sexo o género en el ámbito del trabajo con perspectiva de género y de derechos de las mujeres, fomentando en los servidores, contratistas,



 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>PROTOCOLO PARA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE ACOSO SEXUAL LABORAL</b>		
	<b>Código: xxxxxxxx</b>	<b>Página 4 de 33</b>	

pasantes que realicen prácticas formativas en cualquier dependencia y personal tercerizado de cualquiera de las dependencias de la entidad  
el reconocimiento de "*...la existencia de discriminación contra la mujer y las afectaciones que generan en éstas las ideas y valoraciones estereotipadas en lo que respecta al alcance y contenido de los derechos humanos*

### **ACCIONES QUE GENERAN REVICTIMIZACIÓN**

- Cuando se sugiere que la responsabilidad del hecho es del sobreviviente de violencia sexual.
- Cuando se somete a la víctima a preguntas constantes e insistentes sobre los hechos sin tener claro el objetivo ni la competencia.
- Responsabilizar a la persona sobreviviente de violencia sexual por el resultado del proceso judicial.
- Actuar sin conocimiento y sin entrenamiento; se puede evidenciar, por ejemplo, en intentos de reconfortar o alentar minimizando lo que sucedió con expresiones como “Eso no fue nada al final solo la tocaron o lo tocaron”.
- Hacer afirmaciones extremas frente al evento como “toda persona que ha sufrido violencia sexual, queda traumatizada para siempre y nunca puede recuperarse.

### **SUGERENCIAS PARA EVITAR LA REVICTIMIZACIÓN**

Ser enfático en:

- Usted no tuvo la culpa de lo sucedido
- El agresor es el total responsable de lo que sucedió.
- Se es víctima y no responsable del evento de violencia sexual.
- Es usted muy valiente al contar lo sucedido y buscar ayuda.

Además, debe prestarse especial atención a la presencia de posibles casos de violencia sexual dentro de las siguientes poblaciones altamente vulnerables al problema:

Mujeres y otras personas con discapacidad  
Personas con orientaciones sexuales o identidades de género diversas  
Personas pertenecientes a pueblos indígenas y afrodescendientes  
Personas migrantes y refugiadas.



 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<b>PROTOCOLO PARA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE ACOSO SEXUAL LABORAL</b>		 <p>E.S.E. Hospital SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA</p>
	Código: xxxxxxxxx	Página 5 de 33	

## 6. CONTENIDO

No.	Responsable	Descripción
6.1	Área de seguridad y salud en el trabajo programa de riesgo psicosocial	<p><b>Acciones de prevención del acoso sexual laboral en la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona</b></p> <p>Capacitación obligatoria y periódica sobre acoso sexual, enfoque de género y derechos humanos para todo el personal, incluyendo directivos.</p> <p><b>Elaborar política de prevención del acoso sexual con tolerancia cero</b></p> <p>Realizar <b>campañas de sensibilización</b>, carteles informativos, boletines, trimestrales etc., para crear conciencia.</p> <p>Establecer la obligación de respetar la política de cero tolerancias al acoso sexual, así como el compromiso del trabajador de actuar conforme a los valores de respeto y dignidad en el entorno laboral incluyendo la obligación dentro de los contratos de orden de prestación de servicios.</p> <p><b>Evaluaciones periódicas y aplicación de encuestas anónimas para detectar focos de riesgo</b></p>
6.2	Gerencia, sistemas, seguridad y salud en el trabajo	<p><b>Canales de Atención</b></p> <p>Mecanismos para asistir a víctimas o testigos de acoso sexual.</p> <p><b>Canales confidenciales de denuncia</b>, se tendrá correo electrónico institucional y formato de descripción de la queja xxx-xxxx dispuesto en la oficina SST</p> <p>Buzón de radicación de queja en la oficina SST</p> <p>Correo electrónico institucional</p> <p>Línea telefónica institucional adscrito a la oficina SST</p> <p><b>Nota:</b> Cualquier persona que tenga conocimiento del presunto acoso sexual en el contexto laboral podrá presentar una queja en el que se establezcan las situaciones de tiempo, modo y lugar en que ocurrieron los hechos.</p>



 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>PROTOCOLO PARA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE ACOSO SEXUAL LABORAL</b>		
	Código: xxxxxxxx	Página 6 de 33	

No.	Responsable	Descripción
6.5	Seguridad y salud en el trabajo	<p><b>Protocolos de atención inmediata</b></p> <p>El personal de la Oficina SST, recibirá y registrará la denuncia de manera confidencial, imparcial y sin emitir juicios. Se generará un registro interno codificado y reservado, sin divulgar la identidad de la persona denunciante ni la persona señalada, salvo autorización expresa o requerimiento legal. Si la denuncia es verbal, se tendrá un formato en el que la víctima describe la situación de forma breve con su consentimiento.</p> <p>Si requiere Acompañamiento psicológico, médico se realizará por medio de ARL con personal capacitado y se brindará apoyo con el área de salud mental de la entidad</p> <p>El psicólogo que realice la atención definirá si requiere atención de urgencia e iniciara el acompañamiento en la IPS que atienda el caso y activara la ruta como paciente</p> <p>La Oficina SST verificará si la denuncia cumple con los criterios de un posible caso de acoso sexual y si amerita activar el procedimiento formal.</p> <p>En caso de que la situación no corresponda a un caso de acoso sexual, se derivará al canal correspondiente (por ejemplo, conflicto laboral, o comité de ética)</p> <p>La entidad tiene la obligación de informar a la víctima que puede presentar la denuncia oral o escrita en la Fiscalía.</p> <p><b>También puede acudir directamente a la Inspección del Trabajo si el agresor es un superior jerárquico. Este organismo investigará y, de encontrar mérito, compulsará copias a la Fiscalía.</b></p>
6.6	Oficina de seguridad y salud en el trabajo	<p><b>Remisión por parte del empleador</b></p> <p>Si la víctima denuncia directamente en la entidad con los canales disponibles, el empleador debe remitir la queja o denuncia inmediatamente a la Fiscalía, por medio de un oficio respetando la confidencialidad de la víctima dentro de las 24 horas siguientes</p> <p><b>Contenido del oficio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre completo y contacto de la persona denunciante (si ella lo autoriza).</li> <li>• Breve resumen de los hechos denunciados.</li> <li>• Nombre del presunto agresor.</li> </ul>



 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>PROTOCOLO PARA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE ACOSO SEXUAL LABORAL</b>		
	Código: xxxxxxxx	Página 7 de 33	

No.	Responsable	Descripción
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Evidencias preliminares (si las hay).</li> <li>Declaración de que se ha activado el protocolo de atención.</li> </ul> <p>en caso de superior jerárquico el empleador debe remitir la queja a la Inspección de Trabajo, este evaluará, si procede, enviará copia a la Fiscalía</p>
6.7	<b>Fiscalía general de la nación</b>	<p><b>Fiscalía General de la Nación</b></p> <p>Asume la denuncia como delito tipificado en el artículo 210-A del Código Penal Tramita investigación penal, con todas las garantías del debido proceso.</p>
6.8	<b>Seguridad y Salud en el trabajo</b>	<p>Reportar semestralmente al Sistema de Vigilancia de Riesgos Psicosociales (SIVIGE) del Ministerio del Trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El número de quejas recibidas.</li> <li>La etapa en la que se encuentra cada caso.</li> <li>Medidas adoptadas.</li> <li>Información desagregada por sexo, área de trabajo, tipo de contrato, etc</li> </ul>
6.9	<b>ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES</b>	<p><b>ARL (Administradora de Riesgos Laborales)</b></p> <p>Debe brindar apoyo psicológico y emocional a la víctima en coordinación con el empleador</p>
6.10	<b>Comité convivencia laboral</b> de	<p><b>Comité de Convivencia Laboral</b></p> <p>Aunque los casos no conducen conciliaciones en casos de acoso sexual, su labor principal es hacer seguimiento de las medidas preventivas implementadas y garante de la calidad de la implementación.</p>
6.11	<b>Seguridad y salud en el trabajo</b>	<p>Remitirá informe a la oficina de control interno disciplinario o en caso de no contar con la misma debe ser remitido a la procuraduría</p>



 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>PROTOCOLO PARA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE ACOSO SEXUAL LABORAL</b>		
	Código: xxxxxxxx	Página 8 de 33	

<b>HISTORIA DE MODIFICACIONES</b>			
Versión	Naturaleza de cambio	Fecha de cambio	Aprobación de cambio
00	Creación	Julio 2024	Gerencia

<b>DOCUMENTOS DE REFERENCIA</b>		
Código o referencia	Tipo de documento	Nombre del documento
Resolución 0312 de 2019.	Documento externo	Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. Artículo 16. Estándares Mínimos para empresas de más de cincuenta (50) trabajadores. ITEM. Conformación y funcionamiento del Comité de Convivencia Laboral.
Resolución 0459 - 2012	Documento externo	Resolución 0459 – 2012
DAFP Concepto 287131 de 2020:	Documento externo	Sobre el trámite de quejas anónimas.
DAFP Concepto 609651 de 2020	Documento externo	Sobre el trámite de quejas relacionadas con contratistas
N/A	Documento externo	Ley de infancia y adolescencia
LEY 2365 DE 2024	Documento externo	Por medio de la cual se adoptan medidas de prevención, protección y atención del acoso sexual en el ámbito laboral y en las instituciones de educación superior en Colombia y se dictan otras disposiciones. disposiciones



 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>PROTOCOLO PARA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE ACOSO SEXUAL LABORAL</b>		
	Código: xxxxxxxx	Página 9 de 33	

ADMINISTRACIÓN DE REGISTROS						
Código	Nombre	Responsable	Ubicación	Acceso	Tiempo de retención	Disposición
	Fichas epidemiológicas	Personal Asistencial	Físico/digital	Permanente		
	Reconocimiento Médico legal	Autoridades competentes	Físico	Permanente		
	Historia clínica	Personal Asistencial/ Empresa de Facturación	Digital	Permanente		

## ANEXOS

### Anexo 1. Protocolo de Inmunización







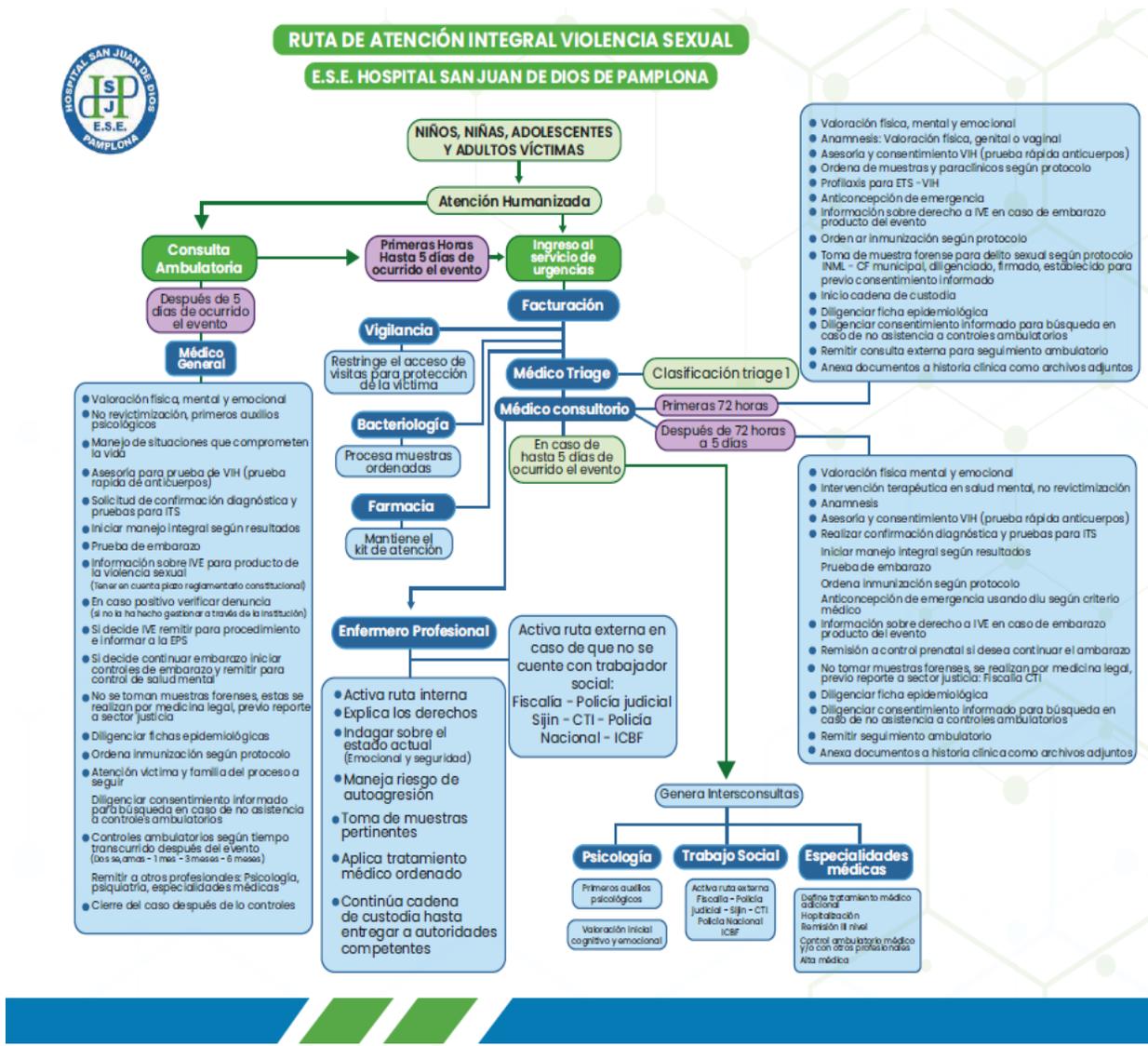
## Vacuna Anti Hepatitis B



Indicación	Edad mínima	Edad máxima	Observaciones
Adicional en RN	0 días	12 horas	Hasta 29 días
Exposición Perinatal	0 días	12 horas Hasta 29 días	Adicionar <i>Inmunoglobulina Anti Hep B</i> Simultánea en diferentes sitios de inyección
Esquema Permanente	2 meses	5 años 11 meses y 29 días	Presentación pentavalente o monovalente según oportunidad de esquema 3 dosis con intervalo de 4 semanas
Exposición riesgo no ocupacional	0 días	Sin límite de edad	<i>Sin antecedente vacunal o Con antecedente vacunal Incompleto</i> Inicie o complete esquema 0-1-6 inmediato y máximo 14 días post exposición + <i>Inmunoglobulina Anti Hep B</i>
			<i>Con antecedente vacunal completo 3 dosis</i> Dosis de refuerzo en las primeras 24 horas, máximo 7 días post exposición. Inicio esquema inmediato Hasta 18 años presentación pediátrica Después de 18 años presentación adultos (o doble pediátrica)

## Anexo 2. Ruta de atención a víctimas de Violencia Sexual





**Anexo 3. Derechos víctimas de violencia sexual.**



 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>PROTOCOLO PARA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE ACOSO SEXUAL LABORAL</b>		
	Código: xxxxxxxx	Página 12 de 33	

**SON DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL  
(Ley 360 de 1997):**

- a. Ser tratada con dignidad, privacidad y respeto durante cualquier entrevista o actuación con fines médicos, legales o de asistencia social.
- b. Ser informada acerca de los procedimientos legales que se derivan del hecho punible.
- c. Ser informada de los servicios disponibles para atender las necesidades que le haya generado el delito.
- d. Tener acceso a un servicio de orientación y consejería gratuito para ella y su familia atendido por personal calificado.
- e. Tener acceso gratuito a los siguientes servicios:
  1. Examen y tratamiento para la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.
  2. Examen y tratamiento para trauma físico y emocional.
  3. Recopilación de evidencia médica legal.
  4. Ser informada sobre la posibilidad de acceder a la indemnización de los perjuicios ocasionados con el delito

**Anexo 4 Esquemas sugeridos para manejo psicofarmacológico del riesgo auto o hetero agresivo en servicios de urgencias médicas**





Persona Adulta	Niña, Niño o Adolescente
<p><u>Con diagnóstico exclusivamente psiquiátrico que acepta vía oral:</u> Loracepam 2 mg VO cada media hora. Mantener 6 – 12 mg día hasta valoración por el psiquiatra de urgencias. Haloperidol 5 mg VO cada hora. Si no acepta vía oral, considerar la aplicación intramuscular descrita en la sección siguiente. Mantener entre 5 – 10 mg/día hasta valoración por el psiquiatra en urgencias.</p>	<p><u>Cuadros psicóticos con riesgo activo de auto o heteroagresión:</u>  Difenhidramina: 1 - 5 mg/kg niños. Adolescentes: 25-50 mg/dosis (riesgo de desinhibición y tolerancia). Risperidona en solución 1 mg/ml, a dosis de 0.25 mg/día en pacientes con peso menor de 50 Kg, y de 0.5 mg/día si el peso del paciente es mayor que 50 Kg.</p>
<p><u>Con diagnóstico exclusivamente psiquiátrico que NO acepta vía oral:</u> Haloperidol 5 – 10 mg cada 30 minutos hasta 30 mg. Mantener con dosis máximo de 20 mg/día hasta valoración por el psiquiatra de urgencias.  En cualquier caso, indicar monitoreo frecuente de estado general, tensión arterial y otros signos vitales.</p>	<p>En este grupo poblacional también es posible la sedación con Clonazepam solución oral 2.5 mg/ml a dosis mínima durante cortos períodos de tiempo; máximo 4 semanas, para evitar efectos adversos. Por Vía Oral, con gotas que nunca deben suministrarse directamente en la boca, sino mezcladas con agua, té o jugo de frutas: <u>Hasta los 10 años de edad</u> o menos de 30 Kg. de peso corporal, iniciar 0.01 a 0.03 mg/kg/ día. Aumentar gradualmente la dosis en incrementos de 0.25 a 0.5 mg/día cada tres a siete días hasta el control de la crisis o la aparición de las reacciones adversas. <u>Entre 10 y 16 años de edad:</u> la dosis inicial es de 1.0 – 1.5 mg/día administrados en 2 – 3 dosis divididas. La dosis puede aumentarse en 0.25 – 0.5 mg cada tercer día hasta que se alcance la dosis individual necesaria (de 3 – 6 mg/día). Puede haber casos con agitación paradójica.</p>
<p>Si se encuentra alguna condición médica de base o asociada con los síntomas heteroagresivos o suicidas, relacionada o no con la agresión sexual, y sin dejar de brindar el manejo médico específico correspondiente, se debe suministrar: Haloperidol 5 – 10 mg cada 1 – 3 horas, con tope máximo de 20 mg/día, hasta la valoración y continuación de manejo por el médico psiquiatra.</p>	

## Anexo 5. Medicamentos marco normativo Abuso sexual

Tabla 1. Instructivo para el uso del Kit en Víctimas de Violencia Sexual Profilaxis adultos



 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>PROTOCOLO PARA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE ACOSO SEXUAL LABORAL</b>		
	<b>Código: xxxxxxxx</b>	<b>Página 14 de 33</b>	

Tipo de profilaxis	Composición	Sugerencia de contenido	Cantidad	Profilaxis
Profilaxis del VIH	Dos agentes antirretrovirales nucleósidos y un inhibidor de la proteasa	Zidovudina 300 mg+ Lamivudina 150 mg (dosis fija combinada)	60 tabletas	4 semanas
		Lopinavir/ritonavir 200/50 mg	120 tabletas	4 semanas
Profilaxis de Hepatitis B	Vacuna contra la hepatitis B		3 dosis	Completar esquema
	Gamaglobulina contra hepatitis B		Según el peso de la víctima	Completar esquema
Profilaxis para otras ITS	Antibióticos de amplio espectro para sífilis, gonorrea, clamidia, tricomonas, linfogranuloma venéreo	Cetriaxona 1 gr	1 vial	Dosis única
		Azitromicina * 500 mg	2 tabletas	Dosis única
		Metronidazol 500 mg	4 tabletas	Dosis única
Anticoncepción de emergencia	Progestina sintética de segunda generación	Levonogestrel 0.75 mg	2 tabletas	Dosis única
Prueba rápida para VIH	Prueba rápida de anticuerpos para VIH 1 y 2			2
Prueba rápida para Hepatitis B	Inmunoglobulina G contra hepatitis B			1
Prueba rápida para de Embarazo	Prueba rápida para Gonadotropina coriónica			1
Fuente: Instructivo para el uso del Kit en Víctimas de Violencia Sexual. Ministerio de salud y protección social 2012				

Tabla 2. Instructivo para el uso del Kit en Víctimas de Violencia Sexual Profilaxis víctimas con menos de 30 kg de peso

Tipo de profilaxis	Composición	Sugerencia de contenido	Cantidad	Profilaxis
--------------------	-------------	-------------------------	----------	------------



 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>PROTOCOLO PARA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE ACOSO SEXUAL LABORAL</b>		
	Código: xxxxxxxx	Página 15 de 33	

Profilaxis del VIH	Dos agentes antirretrovirales nucleósidos y un inhibidor de la proteasa	Zidovudina sus 10 mg/ml	5 frascos por 240 ml	4 semanas
		Lamivoduvina susp 10 mg/ml	3 frascos por 240 ml	4 semanas
		Lopinavir/ritonavir susp 80/20 mg/ml	2frascos por 160 ml	4 semanas
Profilaxis de Hepatitis B	Vacuna contra la hepatitis B		3 dosis	Completar esquema
	Gamaglobulina contra hepatitis B		Según el peso de la victima	Completar esquema
Profilaxis para otras ITS	Antibióticos de amplio espectro para sífilis, gonorrea, clamidia, tricomonas, linfogranuloma venéreo	Cefuroxima susp 250 mg/5cc Fco 70 ml	1 frasco	Dosis única
		Azitromicina susp 200mg/5 ml Fco 15 ml	1 frasco	Dosis única
		Metronidazol suspensión 250 mg/5 c/c Fco 120 ml	1 frasco	Dosis única
		Jeringa 10 c/c para la administración de medicamentos en suspensión	1	
Anticoncepción de emergencia	Progestina sintética de segunda generación	Levonogestrel 0.75 mg	2 tabletas	Dosis única
Prueba rápida para VIH	Prueba rápida de anticuerpos para VIH 1 y 2			2
Prueba rápida para Hepatitis B	Inmunoglobulina G contra hepatitis B			1
Prueba rápida para de Embarazo	Prueba rápida para Gonadotropina coriónica			1
Fuente: Instructivo para el uso del Kit en Víctimas de Violencia Sexual. Ministerio de salud y protección social 2012				

### Anexo 6. Consentimiento Informado VIH

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		FECHA		
NOMBRE		APELLIDOS		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	



 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>PROTOCOLO PARA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE ACOSO SEXUAL LABORAL</b>		
	Código: xxxxxxxx	Página 16 de 33	

R C	TI	CC	CE	OTRO		MESES	FEM		MAS		
						AÑOS					
PROCEDIMIENTO					PROFESIONAL TRATANTE						
TUTOR O RESPONSABLE					DOC. IDENTIDAD.						

En nombre propio o como persona responsable del paciente identificado(a) como aparece en el encabezado, declaro: Que he leído (o que se me ha leído) el Documento sobre Consentimiento Informado que contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y su riesgo, y que entiendo su contenido incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgo de la prueba.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con la relación a mis conocimientos, prácticos y conductas antes de realizarme las pruebas diagnósticas).

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y según su compromiso, de ella también recibirá una asesoría posprueba (procedimiento mediante el cual se me entregarán mis resultados) y estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen.

Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

**CONSENTIMIENTO**

\_\_\_\_\_ Paciente                      \_\_\_\_\_ Responsable                      \_\_\_\_\_ Profesional

Yo. \_\_\_\_\_ después de ser informado sobre la naturaleza y propósito del procedimiento especial propuesto, así como sobre las ventajas, complicaciones, molestias, posibles alternativas y riesgos del mismo, manifiesto de forma libre y consciente mi negación, ( ) / revocación ( ) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueda derivarse de esta decisión.

**DESISTIMIENTO:**

\_\_\_\_\_ Paciente                      \_\_\_\_\_ Responsable                      \_\_\_\_\_ Profesional



 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>PROTOCOLO PARA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE ACOSO SEXUAL LABORAL</b>		
	<b>Código: xxxxxxxx</b>	<b>Página 17 de 33</b>	

## INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

**DEFINICIÓN:** el consentimiento informado escrito es el documento que busca dar fe de la autorización entendida competente y voluntaria que un usuario y su representante legal emite para que se le realice un procedimiento o intervención asistencial. Para que sea legalmente válido es necesario que cada profesional del equipo de salud explique y describa el procedimiento y que el paciente o su representante lo firmen.

### CONSIDERACIONES GENERALES

1. Se invita a los profesionales para que aplacen en lo posible, todo procedimiento médico u odontológico importante, si existe razón para pensar que el usuario no tiene una adecuada comprensión de los temas que confronta o no se encuentra preparado emocionalmente.
2. En los casos que exista duda de la capacidad o competencia de un usuario, o en los casos en que sea episódicamente incapaz o incompetente, se hará todo el esfuerzo posible para respetar su capacidad de tomar decisiones. En la historia clínica se deben documentar las razones por las cuales se le considera incapaz. En los casos en los que exista duda acerca de la competencia del usuario, se sugiere se evalúe su capacidad para consentir un procedimiento de enfermería, médico u odontológico. Si existe la necesidad vital del procedimiento se requiere la certificación de una autoridad competente (juez, notario o personero municipal).
3. Recomendamos que los usuarios o sus apoderados firmen los documentos de consentimiento informado en presencia de un testigo y que el testigo también firme el documento. Siempre se debe incluir el número del documento de identificación de todos los firmantes.
4. Las partes que componen el diligenciamiento válido de un consentimiento informado válido son:
  - Información completa: la suficiente para permitir a personas razonables realizar selecciones prudentes en su propio beneficio.
  - Ausencia de cohesión.
  - Capacidad del usuario para tomar decisiones.
5. Se debe realizar una descripción detallada al usuario del procedimiento a realizar, las alternativas actuales, los posibles efectos colaterales y los riesgos que pueden ocurrir, así mismo como se tiene provisto minimizar estos riesgos y el manejo de eventos adversos.
6. Este documento debe ser aplicado antes de cada uno de los procedimientos que se van a realizar por cada uno de los profesionales implicados en la atención integral del usuario.

### DILIGENCIAMIENTO:

1. **IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO:** escribir nombres y apellidos completos.
2. **FECHA:** escribir día, mes y año en que se aplica en consentimiento informado.



 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>PROTOCOLO PARA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE ACOSO SEXUAL LABORAL</b>		
	<b>Código: xxxxxxxx</b>	<b>Página 18 de 33</b>	

3. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: marcar con X el tipo de identificación correspondiente.
4. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: escriba en forma clara y legible el número de identificación del paciente.
5. EDAD: registre la edad y especifique con X, según corresponda a meses o años.
6. SEXO: registre con una X a que sexo corresponde.
7. PROCEDIMIENTO: registre en forma clara y legible el procedimiento a realizar.
8. PROFESIONAL TRATANTE: Escriba en forma clara y legible el profesional que realizará el procedimiento.
9. Llene cada uno de los espacios correspondientes al nombre del usuario y/o tutor, identificación, nombre del testigo, profesionales tratantes y procedimiento a realizar.
10. Registre los posibles riesgos y consecuencias señalando con una X las opciones presentadas y escribiendo en "OTROS" otros riesgos o consecuencias posibles. Marque con un "-" (guión) las casillas que no aplican para el caso específico del usuario.
11. DECLARACIÓN: describir las declaraciones propias del estado de salud y riesgos en casos particulares teniendo en cuenta las opciones propuestas y en otras las observaciones o aclaraciones.
12. Registre en forma detallada y específica otras condiciones relevantes y especiales del procedimiento a realizar según las condiciones del usuario y así mismo toda información complementaria suministrada.
13. Registrar en el espacio las condiciones que el usuario desee que se respeten.
14. FIRMA DEL USUARIO: firma del usuario completa con número de cédula en caso de que el usuario manifieste no saber firmar registrar huella.
15. FIRMA DEL TESTIGO: hacer firmar al testigo con número de cédula y en caso de no saber firmar registrar la huella.
16. FIRMA DEL PROFESIONAL: el profesional que realiza el procedimiento debe registrar su firma con número de cédula y sello.
17. TUTOR O FAMILIAR: En caso que el usuario no tenga la capacidad de tomar la decisión, registra nombre, número de identificación, firma parentesco, testigo y/o autoridad competente.
18. DESISTIMIENTO: Registrar el nombre de la firma huella con cédula del usuario y un testigo.

### Anexo 7. Consentimiento Informado IVE

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad, con documento de identificación CC: \_\_\_\_\_ TI: \_\_\_\_\_, de: \_\_\_\_\_. Por la presente dejo constancia escrita que toda información dada por mí al personal de la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona es exacta y verdadera según consta en mi historia clínica y que me encuentro embarazada con \_\_\_\_\_ semanas de gestación. Que por tratarse de un embarazo:



 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>PROTOCOLO PARA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE ACOSO SEXUAL LABORAL</b>		
	Código: xxxxxxxx	Página 19 de 33	

\*\* Resultado de un acto sexual sin consentimiento (*anexo denuncia si se tiene*)

\*\* Que, de continuar, constituye un peligro para mi vida o mi salud (*se anexa certificado médico*)

\*\* En el que me han diagnosticado que existe una grave malformación del feto que hace inviable su vida (*se anexa certificado médico*)

Libre y voluntariamente solicito y autorizo a

\_\_\_\_\_, a llevar a cabo la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) a través del tratamiento con medicamentos, luego de haber tenido la oportunidad de discutir ampliamente las posibilidades que tengo, entre ellas la continuación de mi embarazo. El médico tratante ha practicado los exámenes necesarios, me han informado detalladamente sobre mi situación y las posibles alternativas de tratamiento y me ha explicado los riesgos de cada uno de ellos.

Se me ha informado que la efectividad aproximada de este tratamiento es del 94% y en consecuencia si hay una falla, deberé someterme a un tratamiento quirúrgico, por dilatación y aspiración.

Me han informado los síntomas que puedo esperar y las posibles complicaciones que pueden suceder y que en mi caso particular existe un mayor riesgo de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, debido a \_\_\_\_\_

Sin embargo, entiendo que se han tomado las medidas de cuidado, prevención y prudencia para evitar la presencia de cualquier complicación.

Autorizo también a la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona a solicitar y efectuar mi traslado a un servicio hospitalario, si los médicos lo consideran necesario.

Me comprometo a consultar en caso de presentar cualquier complicación durante el tratamiento y a seguir todas las recomendaciones recibidas por el personal de la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

\_\_\_\_\_

Nombre de la paciente

Firma: c.c.



 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>PROTOCOLO PARA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE ACOSO SEXUAL LABORAL</b>		
	Código: xxxxxxxx	Página 20 de 33	

\_\_\_\_\_  
 Nombre del médico (a)

\_\_\_\_\_  
 Firma. CC

### Anexo 8. TUTOR LEGAL O FAMILIAR EN CASO DE INCAPACIDAD PARA CONSENTIR

#### TUTOR LEGAL O FAMILIAR EN CASO DE INCAPACIDAD PARA CONSENTIR

Se que la usuaria \_\_\_\_\_, ha sido considerada por ahora incapaz de tomar por sí misma la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento arriba escrito. El médico me ha explicado de forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento. También se me ha explicado de sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello YO \_\_\_\_\_, con documento de identidad \_\_\_\_\_, en calidad de \_\_\_\_\_ la paciente, doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

\_\_\_\_\_  
 Nombre del tutor

\_\_\_\_\_  
 Firma: c.c.

\_\_\_\_\_  
 Nombre del médico (a)

\_\_\_\_\_  
 Firma. CC

### Anexo 9. RECOLECCIÓN Y MANEJO DE MUESTRAS Y OTROS ELEMENTOS O EVIDENCIAS FÍSICAS PARA ANALISIS DE BIOLOGIA Y/O GENETICA FORENSE

TIPO DE ESTUDIO	TIPO DE MUESTRA	ACCESORIOS PARA LA TOMA	CANTIDAD DE MUESTRA	RECIPIENTE	PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE EVIDENCIAS
-----------------	-----------------	-------------------------	---------------------	------------	---





<p><b>IDENTIFI- CACIÓN DE SEMEN POSIBLE PRUEBA GENÉTICA</b></p>	<p><b>FROTIS DE FONDO DE SACO VAGINAL</b></p>	<p>ESCOBILL ONES ESTÉRILE S</p>	<p>MÍNIMO DOS (2) ESCOBIL LONES</p>	<p>BOLSAS DE PAPEL PARA ESCOBILL ONES O ENVOLTU RA SIMILAR DE PAPEL LIMPIO SIN USAR</p>	<p>Rote dos escobillones secos, simultáneamente, en el fondo del saco vaginal por unos segundos para permitir la absorción del exudado. No realice extendido en placa. Déjelos secar a temperatura ambiente. Introdúzcalos en bolsa para escobillones o envoltura similar de papel limpio sin usar. Rotule y selle con cinta de seguridad e introduzca en bolsa plástica transparente que debe sellar con cinta de seguridad.</p>
---	---	---	---	---	---





	<p><b>FROTIS DE INTROITO VAGINAL/ FROTIS PERINEAL / FROTIS EXTRAGEN ITAL</b></p>	<p>ESCOBILLO NES Y AGUA DESTILADA ESTÉRIL</p>	<p>DOS (2) ESCOBILL ONES POR ZONA</p>	<p>BOLSAS DE PAPEL PARA ESCOBILL ONES O ENVOLTU RA SIMILAR DE PAPEL LIMPIO SIN USAR</p>	<p>Retire el material con un escobillón humedecido con 2-3 gotas de agua destilada estéril, pasando varias veces por el sitio de toma, trazando círculos concéntricos y deje secar. Frote suavemente la zona con otro escobillón seco. deposite los 2 escobillones secos en bolsa de papel para escobillones o envoltura similar de papel limpio sin usar. Rotule y selle con cinta de seguridad. Introduzca en bolsa plástica transparente y selle con cinta de seguridad.</p>
--	--	---	---	---	---





					<p>Retire el material con un escobillón humedecido con 2-3 gotas de agua destilada estéril, pasando varias veces por el sitio de toma, trazando círculos concéntricos y deje secar. Frote suavemente la zona con otro escobillón seco. deposite los 2 escobillones secos en bolsa de papel para escobillones o envoltura similar de papel limpio sin usar. Rotule y selle con cinta de seguridad. Introduzca en bolsa plástica transparente y selle con cinta de seguridad.</p>
	<p><b>FROTIS DE AMPOLLA RECTA / FROTIS ANAL / FROTIS PERIANAL</b></p>	<p>ESCOBILLO NES Y AGUA DESTILADA ESTÉRIL</p>	<p>DOS (2) ESCOBILL ONES POR ZONA</p>	<p>BOLSAS DE PAPEL PARA ESCOBILL ONES O ENVOLTU RA SIMILAR DE PAPEL LIMPIO SIN USAR</p>	





	<b>FROTIS DE REGIÓN RETROMOL AR</b>	ESCOBILL ONES ESTÉRILE S	2 ESCOBILL ONES	BOLSAS DE PAPEL PARA ESCOBILL ONES O ENVOLTU RA SIMILAR DE PAPEL LIMPIO SIN USAR	Rote 2 escobillones secos por la región retromolar. Déjelos secar. deposite los dos escobillones en bolsa de papel para escobillones o envoltura similar de papel limpio sin usar. Rotule y cierre con cinta de seguridad. Introduzca en bolsa plástica transparente. Selle con cinta de seguridad.
	<b>MATERIA L DE ESPACIO S INTERDE NTALES</b>	SEDA DENTAL, PREFERIBL EMENTE SIN CERA	FRAGME NTOS DE SEDA DENTAL	FRASCO DE POLIPR OPILEN O	Haga un barrido para recolectar el material de todos los espacios interdentales usando un fragmento de seda por cada espacio. coloque todos los fragmentos en un frasco de polipropileno (tipo muestra de orina) o caja de Petri, deje secar antes de tapar. Rotule y selle con cinta de seguridad. Introduzca en bolsa plástica transparente. Selle con cinta de seguridad.





	<b>PRENDAS DE VESTIR</b>	PAPEL LIMPIO NO IMPRESO BOLSA PLÁSTICA	TODA LA PRENDA	BOLSA DE PAPEL	<p>separe cada una de las manchas que se observen por medio de pape no impreso. Empaque cada prenda seca en una bolsa de papel. Rotule y selle con cinta de seguridad.</p> <p>Deposite cada bolsa de papel a su vez en bolsa plástica independiente. Selle con cinta de seguridad.</p> <p>Recuerde enviar la prenda completa, una vez seca, siempre que aprecie; sospeche la presencia de material biológico en ella.</p>
	<b>TOALLAS HIGIÉNICAS / PAPEL HIGIÉNICO</b>	BOLSA PLÁSTICA	TODO EL MATERIAL	BOLSA DE PAPEL	<p>Deje secar y empaque en bolsa de papel. Rotule, Selle con cinta de seguridad.</p> <p>Introduzca en bolsa plástica transparente selle con cinta de seguridad. Informe si la víctima tiene sangrado menstrual.</p>





<p><b>CÉLULAS EPITELIALES/ POSIBLE PRUEBA GENÉTICA</b></p>	<p>FROTIS DE SURCO BALANO PREPUCI AL Y CUERPO DEL PENE / FROTIS DE ESCROT O</p>	<p>ESCOBILL ONES ESTÉRILE S</p>	<p>DOS (2) ESCOBIL LONES POR FROTIS</p>	<p>BOLSAS DE PAPEL PARA ESCOBIL LONES O ENVOLT URA SIMILAR DE PAPEL LIMPIO SIN USAR</p>	<p>Sostenga dos escobillones juntos, humedecidos con 2-3 gotas de agua destilada estéril y frote sobre ellos el área (glande, cuerpo y base del pene o el escroto, según el caso) con movimientos circulares. Evite frotar el meato urinario. Déjelos secar y empáquelos en bolsa para escobillones o envoltura similar de papel limpio sin usar. Rotule y cierre con cinta de seguridad. Introduzca en bolsa plástica transparente. Selle con cinta de seguridad.</p>
--	---	---	---	---	--





	MATERIAL DE LECHOS SUBUNGUEALES	ESCOBILLONES ESTÉRILES	DOS (2) ESCOBILLONES	BOLSAS DE PAPEL PARA ESCOBILLONES O ENVOLTURA SIMILAR DE PAPEL LIMPIO SIN USAR	<p>Cuando no sea posible cortar las uñas se retira el material con escobillón humedecido con 2-3 gotas de agua destilada estéril, realizando raspado subungueal en cada mano, deje secar el escobillón e introduzca en bolsa de papel para escobillones o envoltura de papel limpio sin usar. Rotule y selle con cinta de seguridad. Introduzca en bolsa plástica transparente. Selle con cinta de seguridad. Use un escobillón por cada mano.</p>
	UÑAS	CORTAÚNAS PREVIAMENTE DESINFECTADO (Ver instrucciones en instrucciones para el manejo del kit)	FRAGMENTOS DE LAS UÑAS DE LAS DOS MANOS	SOBRE DE PAPEL BLANCO O PEQUEÑO	<p>Corte las uñas de todos los dedos derechos lo más cerca posible al surco subungueal. Deposite el material en bolsa de papel blanco pequeño. Selle con cinta de seguridad. Rotule e introduzca en bolsa plástica transparente. Selle con cinta de seguridad. Repita el procedimiento en la mano izquierda.</p>





<p><b>IDENTIFICACIÓN DE SALIVA /POSIBLE PRUEBA GENÉTICA</b></p>	<p>FROTIS DE HUELLAS DE MORDEDURA / FROTIS DE SIGNOS DE SUCCIÓN SEGÚN ANAMNESIS</p>	<p>ESCOBILLO NES Y AGUA DESTILADA ESTÉRIL</p>	<p>DOS (2) ESCOBIL LONES POR FROTIS</p>	<p>BOLSAS DE PAPEL PARA ESCOBIL LONES O ENVOLT URA SIMILAR DE PAPEL LIMPIO SIN USAR</p>	<p>Siga las mismas instrucciones que se describen para manejo de los frotis de introito vaginal, ampolla rectal y perianal.</p>
<p><b>IDENTIFICACIÓN DE PELOS/ CABELLOS PARA ESTUDIO BIOLÓGICO Y/O GENÉTICO</b></p>	<p>ELEMENTOS PILOSOS RECUPE RADOS DEL CUERPO DE LA PERSONA EXAMINADA O DE LAS PRENDAS DE VESTIR</p>	<p>PINZAS DELGADAS SIN GARRA PREVIAMENTE DESINFECTADAS</p>	<p>TODO EL QUE SE RECUPE RE</p>	<p>HOJA DE PAPEL PLEGADO O BOLSA DE PAPEL BOLSA DE PLÁSTICO</p>	<p>zona pública: coloque medio pliego de papel blanco debajo de los glúteos de la persona examinada. Peine el vello púbico, recupere pelos sueltos y cualquier material extraño. Doble el papel y deje la peinilla adentro. Coloque en bolsa de papel blanco, selle con cinta de seguridad, rotule e introduzca en bolsa de papel plástico transparente. Selle con cinta de seguridad. Prendas de vestir: retire con pinza cada uno de los elementos pilosos. Coloque los elementos pilosos de un mismo sitio de hallazgos dentro de un sobre de papel</p>





					blanco pequeño. Selle con cinta de seguridad. En cada uno rotule indicando sitio del hallazgo. Introduzca en bolsa plástica transparente. Selle con cinta de seguridad. Envíe la prenda completa siempre que identifique cualquier material biológico en ella. Describiendo la zona donde se encuentra.
--	--	--	--	--	---

<b>IDENTIFICACIÓN DE SANGRE/ PARA ESTUDIO BIOLÓGICO Y/O GENÉTICO</b>	FROTIS ÁREA GENITAL O EXTRAGENITAL	ESCOBILLONES Y AGUA DESTILADA ESTERIL	2 ESCOBILLONES POR ZONA	BOLSA PARA ESCOBILLONES O ENVOLTURA SIMILAR DE PAPEL LIMPIO SIN USAR	Retire el material con 2 escobillones humedecidos con 2-3 gotas de agua destilada estéril, retire todo el material presente. Deje secar. Deposite bolsa de papel para escobillones o envoltura similar de papel limpio sin usar. Rotule. selle con cinta de seguridad e introduzca en bolsa plástica transparente. Selle con cinta de seguridad.
--	------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------	--	--





	PRENDAS DE VESTIR	PAPEL LIMPIO NO IMPRESO	TODA LA PRENDA	BOLSA DE PAPEL/ BOLSA DE PLÁSTICO	<p>Separe cada una de las manchas que se observen por medio de papel no impreso. Empaque cada prenda seca en una bolsa de papel. Selle con cinta de seguridad. Rotule y deposite de manera independiente en bolsa plástica transparente y Selle con cinta de seguridad.</p>
<b>POSIBLE PRUEBA GENÉTICA SEMEN DEL AGRESOR Y/O CÉLULAS DE LA VÍCTIMA</b>	CONDÓN (CARA INTERNA, CARA EXTERNA )	ESCOBILLONES Y AGUA DESTILADA ESTERIL	TODO	FRASCO DE POLIPROPILENO	<p>Tome frotis del exterior con un escobillón previamente humedecido con 2 a 3 gotas de agua destilada estéril. deje secar e introduzca en bolsa de papel para escobillones o envoltura similar de papel limpio sin usar. Rotule. Selle con cinta de seguridad e introduzca en bolsa plástica transparente. Selle con cinta de seguridad. deposite el condón en frasco de polipropileno para muestra de orina, cierre, rotule y selle con cinta de seguridad e introdúzcalo en bolsa de plástico. Selle con cinta de seguridad.</p>



 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>PROTOCOLO PARA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE ACOSO SEXUAL LABORAL</b>		 E.S.E. Hospital SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA
	Código: xxxxxxxx	Página 31 de 33	

### Anexo 10. Formato de apertura y cierre del kit de atención en violencia sexual

 Gobernación de Norte de Santander	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PAMPLONA FORMATO REPORTE APERTURA Y CIERRE DE KIT DE ATENCION										
	Código:					Página: 1 de 1					
<b>KIT DE ATENCION VIOLENCIA SEXUAL:</b>					<b>KIT DE ATENCION DE EMERGENCIA OBSTETRICA:</b>						
<b>APERTURA</b>					<b>CIERRE</b>						
SERVICIO	FECHA	DD	MM	AA	SERVICIO	FECHA	DD	MM	AA		
NOMBRE DEL PACIENTE	SEXO			NÚMERO DE ZUNCHO CODIFICADO							
NÚMERO DE IDENTIFICACION	EPS	EDAD	OBSERVACIONES								
DIAGNOSTICO											
MEDICO DE TURNO											
MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS UTILIZADOS											
Firma <u>Jefe</u> servicio					Firma <u>Jefe</u> servicio						





ANEXO 11. Kit de Atención en violencia o abuso sexual (ver anexo)

		<b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA</b> <b>KIT DE ABUSO SEXUAL</b> <b>FECHA:</b> <b>SERVICIO:</b>					
N°	NOMBRE DEL PRODUCTO	PRESEN- TACION	REGISTRO INYIMA	LOTE	FECHA DE VTO	CANTIDAD DE STOC	CANTIDAD HALLADA
<b>** MEDICAMENTOS:</b>							
02	AGUA ESTERIL PARA INYECCION	BOLSA x 500 C.C.				01	
03	ALCOHOL ANTISEPTICO 70%	FCO. x 750 C.C.				01	
04	AZITROMICINA 200 MGS. SUSPEN	FCO. x 15 C.C.				01	
05	AZITROMICINA 500 MGS.	TABLETA				03	
06	CEFTRIAXONA 1GM.	AMP. x 10 C.C.				02	
07	LAMIVUDINA 10 MGS. SUSPENSIO	FCO. x 240 ML.				01	
08	LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA 150/30	TABLETA				60	
09	LEVONOGESTREL 0.75 MGS.	TABLETA				02	
10	LOPINAVIR + RITONAVIR 80/20 MG SUSPENSION	N/H					
11	LOPINAVIR + RITONAVIR 200/50 M	FCO. x 120 TELS.				01	
12	METRONIDAZOL 250 MGS. SUSPE	FCO. x 120 M.				01	
13	METRONIDAZOL 500 MGS.	TABLETA				04	
14	QUIRUCIDAL JABON	FCO. x 60 C.C.				01	
15	ZIDOVUDINA 10 MGS. SUSPENSIO	N/H				01	
<b>** DISPOSITIVOS:</b>							
01	AGUJA HIPODERMICA N°23 x 1,1/2	UNIDAD				03	
02	BATA DESECHABLE	UNIDAD				01	
03	BOLSA DE PAPEL BOND (SURTIDA	UNIDAD				10	
04	BOLSA TIPO CILOT	UNIDAD				05	
05	CAJA SECADORA DE ESCOBILLON	UNIDAD				01	
06	CAMISA PARA VACUTAINER	UNIDAD				01	
		<b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA</b> <b>KIT DE ABUSO SEXUAL</b> <b>FECHA:</b> <b>SERVICIO:</b>					
N°	NOMBRE DEL PRODUCTO	PRESEN- TACION	REGISTRO INYIMA	LOTE	FECHA DE VTO	CANTIDAD DE STOC	CANTIDAD HALLADA
<b>** DISPOSITIVOS:</b>							
07	CAUCHO PARA TORNIQUETE ADU	UNIDAD				01	
08	CINTA DE SEGURIDAD ANCHA	UNIDAD				01	
09	COMPRESA ESTERIL	PAQUETE x 5 U.I.				05	
10	COPA MEDIDORA	UNIDAD				01	
11	COPA PLASTICA CON TAPA PEQU	UNIDAD				03	
12	CORTAÑAS	UNIDAD				01	
13	DISPOSITIVO INTRAUTERINO	UNIDAD				01	
14	APLICADORES PUNTA DE RAYON	UNIDAD				05	
15	FRASCO TAPA AMARILLA	UNIDAD				01	
16	FRASCO PEQUEÑO CON TAPA ROS	UNIDAD				03	
18	GUANTE DE MANEJO LATEX	PAR				08	
19	HOJA DE PAPEL BOND MEDIO PLIE	PLIEGO				03	
20	HOJA DE PAPEL KRAF MEDIO PLIE	PLIEGO				03	
21	LANCETA ESTERILE	UNIDAD				05	
22	LUPA GRANDE	UNIDAD				01	
23	MARCADOR DE PUNTA FINA SHAF	UNIDAD				01	
24	MICROPIPETA	UNIDAD				03	
25	MONOGAFA	UNIDAD				01	
26	PAPEL CREPADO	ROLLO				01	
27	PEINILLA	UNIDAD				01	
28	KIT PINZAS	UNIDAD				02	
29	PLATON EN ACERO INOXIDABLE	UNIDAD				01	
30	PRUEBA RAPIDA DE: EMBARAZO	TEST				02	
31	PRUEBA RAPIDA DE: HEPATITIS*	TEST				02	





HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA		KIT DE ABUSO SEXUAL					
		FECHA:		SERVICIO:			
N°	NOMBRE DEL PRODUCTO	PRESEN- TACION	REGISTRO INVIMA	LOTE	FECHA DE VTO	CANTIDAD DE STOC	CANTIDAD HALLADA
<b>** DISPOSITIVOS:</b>							
32	PRUEBA RAPIDA DE: SIFILIS	TEST				02	
32	PRUEBA RAPIDA DE: VIH	TEST				02	
33	ROPA INTERIOR DESECHABLE	PAQUETE				03	
34	ROTULO ADHESIVO	UNIDAD				10	
35	SEDA DENTAL	ROLLO				01	
36	TAPA BOCA DESECHABLE	UNIDAD				50	
37	TIJERA GRANDE	UNIDAD				01	
38	TOALLA DESECHABLE PARA MANOS	PAQUETE				01	
39	TUBO VACUTAINER TAPA AMARILLO	UNIDAD				04	
40	TUBO VACUTAINER TAPA GRIS	UNIDAD				02	
41	TUBO VACUTAINER TAPA LILA P/FA	UNIDAD				03	
42	TUBO VACUTAINER TAPA LILA P/FR	UNIDAD				05	
OBSERVACIONES:							
AUXILIAR DE FARMACIA:							
Fecha:							

