PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

APLICACIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS VIH, HB, SÍFILIS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Javier Gunter identificado(a) con
No. 1023914162 de certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado,que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

SI acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH ( ) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )** y autorizo **SI ( ) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la Institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 10 del mes de 11 del año 2024

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido:	**Nombre y Apellido:** Angie
Tipo y número de identificación:	**Tipo y número de identificación:** 63504

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado ____/____/____

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado ____/____/____

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código
Jenny		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Maria Paula [illegible] identificado(a) con _____
No. [illegible] de [illegible] certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento informado,que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

Si acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI ( ) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI ( ) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )** y autorizo **SI ( ) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 05 del mes de 11 del año 2024

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Maria Paula	Nombre y Apellido: [illegible]
Tipo y número de identificación: _____	Tipo y número de identificación: 63[illegible]

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ____/____/____

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ____/____/____

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código
[illegible]	[illegible]	

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Sergio Paredes identificado(a) con _____ No. _____ de _____ certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

SI acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) **VIH** (X) **Sífilis** ( ) **Hepatitis B** ( ) **Hepatitis C**

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI ( ) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.

SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )** y autorizo **SI ( ) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 05 del mes de 11 del año 2024

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Sergio Pa	**Nombre y Apellido:**
Tipo y número de identificación: CC 1019	**Tipo y número de identificación:**

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ____

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ____

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Jemy Julieth Gonda identificado(a) con CC No. 1098782675 de _____ certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado,que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

Si acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoria PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que esta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI ( ) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.

SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi accesp a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI (X) NO ( )** y autorizo **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la Institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el dia 05 del mes de 4 del año 21.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Jemy Julieth Gonda	Nombre y Apellido:
Tipo y número de identificación: 1098782675	Tipo y número de identificación:

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ___ / ___ / ___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ___ / ___ / ___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demas normas aplicables.

Yo Wendy Perale identificado(a) con CC No. 1066 [illegible] de [illegible] certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento informado,que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

SI acepto ( ) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI (X) NO ( )acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )**
y autorizo **SI ( ) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la Institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 05 del mes de 11 del año 24

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Wendy Perale	Nombre y Apellido:
Tipo y número de identificación:	Tipo y número de identificación:

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Valentina Rivera identificado(a) con
No. 1214624 de certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

SI acepto ( ) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: ◯ **VIH** ◯ **Sífilis** ◯ **Hepatitis B** ◯ **Hepatitis C**

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI ( ) NO ( )** .

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.

SI ( ) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )** y autorizo **SI ( ) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 07 del mes de 11 del año _____.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Valentina R	Nombre y Apellido:
Tipo y número de identificación: 1214624	Tipo y número de identificación:

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
◯ VIH	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos			
◯ Sífilis	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos			
◯ Hepatitis B	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Antígenos			
◯ Hepatitis C	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rapida y entrega de resultado

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
◯ VIH	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Cristhan Cabeleru identificado(a) con CC No. 1127441434 de _____ certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado,que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

SI acepto ( ) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: ◉ VIH ◯ Sífilis ◯ Hepatitis B ◯ Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI ( ) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.

SI ( ) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )** y autorizo **SI ( ) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la Institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 5 del mes de 11 del año 21.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Cristhan C	Nombre y Apellido:
Tipo y número de identificación: CC 1127441434	Tipo y número de identificación:

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ___ ___ ___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
◯ VIH	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos			
◯ Sífilis	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos			
◯ Hepatitis B	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Antígenos			
◯ Hepatitis C	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ___ ___ ___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
◯ VIH	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Melisa Tuy identificado(a) con CC
No. 1066880664 de _____ certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

Si acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH ( ) Sífilis (X) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI (X) NO ( )** y autorizo **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la Institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____.
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día _____ del mes de _____ del año _____.

Melisa Tuy

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Melisa Tuy	Nombre y Apellido:
Tipo y número de identificación: 1066880664	Tipo y número de identificación:

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ___/___/___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ___/___/___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Yiseth Daniela Flore identificado(a) con CC No. 1082408[illegible] de certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

Si acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )** y autorizo **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la Institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el dia 02 del mes de 11 de 2024 año _____.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Yiseth Daniela Flo	Nombre y Apellido: Jenny Bau
Tipo y número de identificación: 1051048[illegible]	Tipo y número de identificación: 63506[illegible]

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ___/___/___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ___/___/___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Ana Isabela Qui identificado(a) con _____ No. _____ de _____ certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado,que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

Si acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: ◯ VIH ◯ Sífilis ◯ Hepatitis B ◯ Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI ( ) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )** y autorizo **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la Institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____.
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 07 del mes de 11 del año 24

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Ana Isabela Q	**Nombre y Apellido:**
Tipo y número de identificación: 1011663C	**Tipo y número de identificación:**

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida y entrega de resultado ___/___/___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
◯ VIH	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos			
◯ Sífilis	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos			
◯ Hepatitis B	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Antígenos			
◯ Hepatitis C	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha prueba rápida y entrega de resultado ___/___/___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
◯ VIH	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Jennifer Tatiana Naun identificado(a) con
No. 1005[illegible]04 de certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado,que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

SI acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH ( ) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI ( ) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI ( ) NO ( )acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI (X) NO ( )** y autorizo **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme mi EAPB o la Institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 05 del mes de 11 del año 24.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DEL ASESOR
Jennifer Naun M	
Nombre y Apellido: 1005[illegible]001	Nombre y Apellido:
Tipo y número de identificación: Jennifer No.	Tipo y número de identificación: 63[illegible]640

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Nicolle Alejandra Gelz identificado(a) con CC No. 1095798824 de Bucaramanga certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado,que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

SI acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI ( ) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI ( ) NO ( )acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )** y autorizo **SI ( ) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la Institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 07 del mes de 11 del año 2024.

Nicolle Gelz	
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	**FIRMA DEL ASESOR**
Nombre y Apellido: Nicolle Gelz	**Nombre y Apellido:**
Tipo y número de identificación CC 1095798824	**Tipo y número de identificación:** 63506-4

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ____/____/____

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos			
○ Sífilis	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos			
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Antígenos			
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ____/____/____

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

REGISTRO FOTOGRAFICO FECHA Y HORA DE EVIDENCIA CON CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA INSTITUCION.

Alcaldía Municipal de Floridablanca	AUTORIZACIÓN DE USO DE DERECHOS DE IMAGEN SOBRE FOTOGRAFÍAS Y PRODUCCIONES AUDIOVISUALES (VIDEOS)	CÓDIGO:	IC-F-04
		VERSIÓN	00
		FECHA ELAB	07/02/2022
		FECHA APROB	09/02/2022
SECRETARIA LOCAL DE SALUD	PROCESO:	TRD	Código-serie-subserie

Fotografía	X	Audios		Videos		Otros datos personales	

Mediante el presente se autoriza a la Alcaldía Municipal de Floridablanca para que haga el uso y tratamiento de los derechos de imagen para incluirlos en fotografías y/o producciones audiovisuales (videos), así como de los Derechos de Autor, los Derechos Conexos y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

Esta autorización se regirá por las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012; normas legales aplicables y en particular por las siguientes:

- La autorización comprende captar, tomar, almacenar y editar las imágenes para incluirlos en video/fotografía.
- Este video/fotografía podrá ser utilizado con fines educativos e informativos en diferentes escenarios y plataformas (físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza) de la Alcaldía Municipal de Floridablanca.
- Este video/fotografía es sin ánimo de lucro y en ningún momento será utilizado para objetivos distintos. La Alcaldía Municipal de Floridablanca queda exento de cualquier responsabilidad que se pueda derivar de la presente actividad con la firma de la autorización.
- La presente autorización no tiene ningún límite de tiempo para su concesión, ni para explotación de las imágenes, o parte de estas, por lo que mi autorización se considera concedida por un plazo de tiempo ilimitado.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere la Alcaldía Municipal de Floridablanca

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales vigente, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales virtuales o presenciales: página web de la entidad (www.floridablanca.gov.co), o subsidiariamente en las instalaciones de la Alcaldía Municipal de Floridablanca, Calle 5 # 8-25 Casco Antiguo.

Finalmente, manifiesto que el/la profesional encargado de la socialización de este documento, me ha aclarado las dudas que me han surgido de la autorización que estoy aceptando.

Autorización individual

Yo, Mayra Osses Rodriguez, identificado(a) con documento de identidad No. 1098720020 de Floridablanca. en mi calidad de persona natural autorizo a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, el uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producción audiovisual (videos), así como los patrimoniales de autor y derechos conexos, y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

Firma autorización adulto(s).

Mayra Osses — Nombre

1098720020. — Cédula de ciudadanía

Alcaldía Municipal de Floridablanca	AUTORIZACIÓN DE USO DE DERECHOS DE IMAGEN SOBRE FOTOGRAFÍAS Y PRODUCCIONES AUDIOVISUALES (VIDEOS)	CÓDIGO:	IC-F-04
		VERSIÓN	00
		FECHA ELAB	07/02/2022
		FECHA APROB	09/02/2022
SECRETARIA LOCAL DE SALUD	PROCESO:	TRD	Código-serie-subserie

Autorización menor de edad

Atendiendo al ejercicio de la Patria Potestad, establecido en el Código Civil Colombiano en su artículo 288, el artículo 24 del Decreto 2820 de 1974 y la Ley de Infancia y Adolescencia, autorizo a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, como padre/madre de familia o acudiente del menor de edad: Laura Osses, identificado(a) con registro civil ( ) Tarjeta de Identidad ( ) número_____, para que aparezca ante la cámara, en una videograbación o captura de imágenes fotográficas.

Firma autorización para menor(es) de edad.

Laura Osses _____ 1098720720.

Nombre del padre/madre de familia o acudiente — Cédula de ciudadanía

Autorización grupos

Las personas abajo relacionadas autorizamos a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, el uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producción audiovisual (videos), así como los patrimoniales de autor y derechos conexos, y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO

Para constancia de lo anterior se firma y otorga en la ciudad de Floridablanca, el día 05 del mes 11 del año 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 05 de noviembre de 2024

LUGAR: COLEGIO INTEGRADO LOS ANDES - CIANDES

HORA: 10:00 am a 12:00 pm

DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES REALIZADAS: Realizar campaña de información en salud mediante un encuentro lúdico a través de uso juego Concentresex dirigido a estudiantes de cuatro instituciones de validación educación para jóvenes y adultos TEMÁTICA: Promoción derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura, prevención de embarazo, servicios amigables, prevención ETS, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a la norma





PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

CERTIFICADO DE LA ACTIVIDAD

COLEGIO INTEGRADO LOS ANDES (CIANDES) DE FLORIDABLANCA

HACE CONSTAR

Que, desde el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC 2024) de la ESE Clínica Guane, se realizó una una campaña de información en salud mediante un encuentro lúdico a través de uso juego Concentresex dirigido a estudiantes jóvenes y adultos con la temática: Promoción derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura, prevención de embarazo, servicios amigables, prevención ETS, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a norma, el día 05 de noviembre de 2024 del mes de octubre de 2024, donde se trabajaron temas de programa Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos:

Como resultado, se logró intervenir a un total de 36 estudiantes, con la siguiente Caracterización poblacional:

Adolescencia de 12 a 17 años	Jóvenes De 18 a 28 años	Adulto De 29 a 59 años	Adulto Mayor De 60 o más años	MASCULINO	FEMENINO	OTRO
32	4			26	10	

Población	Personas con discapacidad	Victima conflicto armado	Reintegrado	Migrante	LGTBIQ	Etnia
MASCULINA						
FEMENINA						

Se da constancia en Floridablanca a los 05 días del mes de noviembre del año 2024

COLEGIO INTEGRADO LOS ANDES "CIANDES" FLORIDABLANCA

Firma: _____

Nombre: Fabio Alexander López Rivera

Cargo: Rector

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

FORMATO POBLACIONAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

CONSOLIDADO DIFERENCIAL POBLACIÓN GENERAL

PROGRAMA: Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

META DE PRODUCTO: Servicio de promoción de la salud en temas de salud sexual y reproductiva en la comunidad de Floridablanca.

ACTIVIDAD PROGRAMADA: Realizar campaña de información en salud mediante un encuentro lúdico a través de uso juego Concentresex dirigido a estudiantes de cuatro instituciones de validación educación para jóvenes y adultos TEMÁTICA: Promoción derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura, prevención de embarazo, servicios amigables, prevención ETS, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a la norma

PROFESIONAL RESPONSABLE: Profesional Enfermera Gloria Ines Zapata Campos- Leidy Johana Bautista Vargas- Profesional de Psicología Yisel Tatiana Pinto Estupiñan del programa PIC 2024

FECHA: 05 DE NOVIEMBRE de 2024

LUGAR: COLEGIO INTEGRADO LOS ANDES-CIANDES

Número total de personas beneficiadas	Número de personas beneficiadas según enfoque poblacional (por Ciclo de Vida)							Número de personas beneficiadas según enfoque territorial				Número de personas beneficiadas por tipo de población								
	Primera Infancia De 0 a 5 años	Infancia De 6 a 11 años	Adolescencia De 12 a 17 años	Jóvenes De 18 a 28 años	Adulto De 29 a 59 años	Adulto Mayor De 60 o más años	TOTAL	Area Rural	Nombre Vereda(s) beneficiados	Area Urbana	Nombre Barrio(s) beneficiados	Niños, Niñas y Adolescentes (NNA)	Mujeres	Personas con discapacidad	Victimas del conflicto armado	Reintegrados	Migrantes	Población LGTBIQ+	Etnias	TOTAL
FEMENINO	0	0	8	2	0	0	10			X	Municipio de Floridablanca	0	10	0	0	0	0	0		0

Número total de personas beneficiadas	Número de personas beneficiadas según enfoque poblacional (por Ciclo de Vida)							Número de personas beneficiadas según enfoque territorial				Número de personas beneficiadas por tipo de población								
	Primera Infancia De 0 a 5 años	Infancia De 6 a 11 años	Adolescencia De 12 a 17 años	Jóvenes De 18 a 28 años	Adulto De 29 a 59 años	Adulto Mayor De 60 o más años	TOTAL	Area Rural	Nombre Vereda(s) beneficiados	Area Urbana	Nombre Barrio(s) beneficiados	Niños, Niñas y Adolescentes (NNA)	Hombres	Personas con discapacidad	Victimas del conflicto armado	Reintegrados	Migrantes	Población LGTBIQ	Etnias	TOTAL
MASCULINO	0	0	14	12	0	0	26			x	Municipio de Floridablanca	0	26	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	36																			

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

FUNDACIÓN EDUCATIVA DE COLOMBIA FUNDECOL

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

ACTA DE CONCERTACION

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

ACTA DE CONCERTACIÓN

Fecha: 22-10-24 **Hora:** 10:00 am

Lugar: Fundacion Educativa de cambio Fudecol.

Programa: Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

Meta Sanitaria del componente o meta de producto: Servicio de gestión del riesgo en temas de salud sexual y reproductiva en la comunidad de Floridablanca.

Actividad Programada: Realizar una campaña de información en salud mediante un encuentro lúdico a través de uso juego Concentresex dirigido a estudiantes de cuatro instituciones de validación educación para jóvenes y adultos TEMÁTICA: Promoción derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura, prevención de embarazo, servicios amigables, prevención ETS, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a norma.

Orden Del día:
- ✓ Saludo de bienvenida
- ✓ Presentación de los asistentes
- ✓ Socializacion de los temas a realizar
- ✓ Metodología a utilizar
- ✓ Establecer fechas y grados a intervenir
- ✓ Definición de compromisos

Desarrollo de la Reunión: Siendo las Siendo las 10:00, entre la coordinacion del Fundecol y la Profesional PIC 2024, dan inicio a la reunión para la programacion de un encuentro lúdico dirigido a estudiantes de cuatro **instituciones de validación educación** para jóvenes y adultos TEMÁTICA: Promoción derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura, prevención de embarazo, servicios amigables, prevención ETS, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a norma.

Deacuerdo con lo anterior la profesional del PIC presenta la metodologia a trabajar:

1) Se inicia con saludo de bienvenida y presentación del expositor y temas a tratar.

2) Sondeo inicial: ¿Qué es el embarazo? ¿Cuál creen que es la edad mínima para quedar embarazada? ¿Qué es la gestación? ¿Cuánto dura un embarazo promedio? ¿Conoce algún método para prevenir el embarazo?¿Han oído hablar de los siguientes métodos: preservativos, píldoras anticonceptivas, inyecciones anticonceptivas, DIU? donde los estudiantes podran levantar la mano y dar las respuestas deacuerdo a sus conocimientos.

3) Se realiza socialización con el Rotafolio, sobre: planificación, derechos sexuales y reproductivos, sexualidad responsable, promoviendo la participación de cada alumno

4) Se divide el salón en dos grupos y utilizando el juego CONCENTRESEX, donde cuentan con 36 tarjetas que forman 18 parejas, las cuales contienen temas sobre salud sexual y reproductiva. Los alumnos concursaran por el mayor número de parejas armadas, mientras se socializa los temas Promoción derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura, prevención de embarazo, servicios amigables

5) Cada estudiante podrá participar y despejar dudas durante el juego.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

6) Distribución de preservativos y realización de pruebas rápidas rápidas VIH, HB, SÍFILIS, previa autorización institucional y del estudiante

7) Se agradece la participación durante la actividad a los estudiantes y profesor de clase y se realiza cierre de la actividad.

La institucion establece que la actividad debe ser de la siguiente manera :

Fecha	hora	Grado
31-10-24	8:30 am	1 0 – 11 grado

Se indaga sobre las evidencias fotograficas y el coordinador menciona que no se permiten fotos directas al rostro de los estudiantes, por tal razon firmara autorizacion para el registro fotografico solo de espaldas o con filtros, a fin de proteger laidentidad de los menores. Para la realizacion de las pruebas rapidas, solo se autoriza a los estudiantes mayores de esdad previo consentimiento y atorizacion de cada uno.

Compromisos:

La institucion se compromete a garantizar el espacio academico para trabajar las tematicas mencionadas con los estudiantes.

La profesional del PIC se compromete a cumplir con la agenda programada deacuerdo a lo antes mencionado.

Registro de Asistentes:

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO O DEPENDENCIA	NUMERO DE CEDULA	NUMERO TELEFONO NUMERO CELULAR	FIRMA
Sandra E Velasquez	Encargada	63164139	3177524054	
Leidy Bachot	PIC 2024	63550640	3222925854	

Alcaldía Municipal de Floridablanca	AUTORIZACIÓN DE USO DE DERECHOS DE IMAGEN SOBRE FOTOGRAFÍAS Y PRODUCCIONES AUDIOVISUALES (VIDEOS)	CÓDIGO:	IC-F-04
		VERSIÓN	00
		FECHA ELAB	07/02/2022
		FECHA APROB	09/02/2022
SECRETARIA LOCAL DE SALUD	PROCESO:	TRD	Código-serie-subserie

Fotografía	X	Audios		Videos		Otros datos personales	

Mediante el presente se autoriza a la Alcaldía Municipal de Floridablanca para que haga el uso y tratamiento de los derechos de imagen para incluirlos en fotografías y/o producciones audiovisuales (videos), así como de los Derechos de Autor, los Derechos Conexos y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

Esta autorización se regirá por las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012; normas legales aplicables y en particular por las siguientes:

- La autorización comprende captar, tomar, almacenar y editar las imágenes para incluirlos en video/fotografía.
- Este video/fotografía podrá ser utilizado con fines educativos e informativos en diferentes escenarios y plataformas (físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza) de la Alcaldía Municipal de Floridablanca.
- Este video/fotografía es sin ánimo de lucro y en ningún momento será utilizado para objetivos distintos. La Alcaldía Municipal de Floridablanca queda exento de cualquier responsabilidad que se pueda derivar de la presente actividad con la firma de la autorización.
- La presente autorización no tiene ningún límite de tiempo para su concesión, ni para explotación de las imágenes, o parte de estas, por lo que mi autorización se considera concedida por un plazo de tiempo ilimitado.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere la Alcaldía Municipal de Floridablanca

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales vigente, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales virtuales o presenciales: página web de la entidad (www.floridablanca.gov.co), o subsidiariamente en las instalaciones de la Alcaldía Municipal de Floridablanca, Calle 5 # 8-25 Casco Antiguo.

Finalmente, manifiesto que el/la profesional encargado de la socialización de este documento, me ha aclarado las dudas que me han surgido de la autorización que estoy aceptando.

Autorización individual

Yo Sandra E velasquez, identificado(a) con documento de identidad No. 63.484.331 de Bga en mi calidad de persona natural autorizo a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, el uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producción audiovisual (videos), así como los patrimoniales de autor y derechos conexos, y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

Firma autorización adulto(s).

Sandra E velasquez
Nombre

63484331
Cédula de ciudadanía

Alcaldía Municipal de Floridablanca	AUTORIZACIÓN DE USO DE DERECHOS DE IMAGEN SOBRE FOTOGRAFÍAS Y PRODUCCIONES AUDIOVISUALES (VIDEOS)	CÓDIGO:	IC-F-04
		VERSIÓN	00
		FECHA ELAB	07/02/2022
		FECHA APROB	09/02/2022
SECRETARIA LOCAL DE SALUD	PROCESO:	TRD	Código-serie-subserie

Autorización menor de edad

Atendiendo al ejercicio de la Patria Potestad, establecido en el Código Civil Colombiano en su artículo 288, el artículo 24 del Decreto 2820 de 1974 y la Ley de Infancia y Adolescencia, autorizo a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, como padre/madre de familia o acudiente del menor de edad: _____, identificado(a) con registro civil ( ) Tarjeta de Identidad ( ) número_____, para que aparezca ante la cámara, en una videograbación o captura de imágenes fotográficas.

Firma autorización para menor(es) de edad.

_____ _____

Nombre del padre/madre de familia o acudiente Cédula de ciudadanía

Autorización grupos

Las personas abajo relacionadas autorizamos a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, el uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producción audiovisual (videos), así como los patrimoniales de autor y derechos conexos, y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO

Para constancia de lo anterior se firma y otorga en la ciudad de Floridablanca, el día 22 del mes octubre del año 2024.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 22 de octubre de 2024

LUGAR: FUNDACION FUNDECOL

HORA: 10:00 am

DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES REALIZADAS: Concertacion para realizar campaña de información en salud mediante un encuentro lúdico a través de uso juego Concentresex dirigido a estudiantes de cuatro instituciones de validación educación para jóvenes y adultos TEMÁTICA: Promoción derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura, prevención de embarazo, servicios amigables, prevención ETS, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a la norma



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

ACTA DE DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

ACTA DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

Fecha: 31-10-2024 **Hora:** 8:00 am

Lugar: Fundacion educativa de Colombia fundecol.

Programa: Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

Meta Sanitaria del componente o meta de producto:

Servicio de gestión del riesgo en temas de salud sexual y reproductiva en la comunidad de Floridablanca.

Actividad Programada:

Realizar una campaña de información en salud mediante un encuentro lúdico a través de uso juego Concentresex dirigido a estudiantes de cuatro instituciones de validación educación para jóvenes y adultos TEMÁTICA: Promoción derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura, prevención de embarazo, servicios amigables, prevención ETS, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a norma

Orden Del día:

Saludo de bienvenida y Presentación de los asistentes
Socialización de los temas a realizar

Desarrollo de la Actividad:

Fecha	hora	Grado
31-10-24	8:00 am 10:00 am	10-11 fundecol

- Los estudiantes participaron en el encuentro lúdico, en el cual jugaron con el concentresex, donde pudieron aprender lúdicamente sobre: 1. Derechos sexuales y reproductivos, 2. Planificación familiar y métodos anticonceptivos, 3. Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes 4. Prevención de enfermedades de transmisión sexual, 5. Prevención de embarazo y maternidad segura y saludable, 6. Ruta de violencia de género.

- Adicionalmente los estudiantes recibieron 130 preservativos deacuerdo a la norma, 10 por persona.

- Se realizaron 13 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS, previa autorización de los estudiantes mayores de edad.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

Material Utilizado Para el Desarrollo de la Actividad:

- Facilitador (Profesional Enfermera y de Psicología del programa PIC)
- Marcadores
- Material bibliográfico sobre Salud sexual y reproductiva.
- Infografía sobre derechos sexuales y reproductivos
- Juego mavex: Concentresex
- Pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS
- preservativos
- Plotters derechos sexuales
- Plotter IVE
- Plotter métodos de planificación
- Parlante
- Computador

Registro Constancia de Ejecución:

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO O DEPENDENCIA	NUMERO DE CEDULA	NUMERO TELEFONO NUMERO CELULAR	FIRMA
Sandra Cuellar	Enfermera	63184139	3177524754	
Leidy Bautista	PIC 2024	63550640	3222925654	Leidy B.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

SOPORTE DE ENTREGA DE PRESERVATIVOS

Versión_ 02_ 2021

FORM 1A.

FORM 1A. REGISTRO DE PARTICIPANTES EN ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Número formulario colectivo

La salud es de todos — Minsalud

1.1 Fecha (AAAA/MM/DD) 2024 | 10 | 31

1.2. Departamento: Santander

1.5. Tipo de lugar: I Educativo

1.6. Nombre del lugar: Fonalecal

1.3. Municipio: Floridablanca

1.7. Nombre de la organización/ institución:

1.4. Barrio de la actividad: casco Urbano Floridablanca

1.8. Localidad/comuna de la actividad:

Consecutivo	Nombres	Apellidos	Tipo de documento	Documento de identidad	Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD)	Sexo al nacer: Hombre	Sexo al nacer: Mujer	Régimen	Nombre EPS	Grupo poblacional	Recibió paquetes: SI	Recibió paquetes: NO	Cantidad de paquetes	Cantidad de condones	Aceptó asesoría individual para las pruebas de tamizaje: SI	Aceptó asesoría individual para las pruebas de tamizaje: NO	Sintomático respiratorio: SI	Sintomático respiratorio: NO	Canalizado: Salud	Canalizado: Servicios sociales	Canalizado: Vacunación Hepatitis B	Canalizado: Otro	Canalizado: ninguno	Firma de quién recibe	Observaciones
1	Chelsy	morales	CC	1092342387	2006-08-16				N. EPS		X			10											Chelsy M
2	Geraldine	chinos	CC	326935 92	2006-08-1				Sanitas		X			10											Geraldine C
3	Camilo	suarez	CC	1097740976	2005-08-1				N. EPS		X			10											Camilo S
4	Melisa	Rodriguez	CC	1096061370	2005 8-2				N EPS		X			10											Melisa
5	Camilo	Vasquez	CC	1095308089	2006-3-2				Coosalud		X			10											Camilo Vasquez
6	Wilson	Lopez	CC	1067606633	2006 3-2				Nueva E		X			10											Wilson
7	Danna	Castillo	CC	1095844468	2006-1-2				N. EPS		X			10											Danna
8	Andrey	Reyes	CC	1097741913	2006-2-1				N. EPS		X			10											Andrey
9	Julieth	Forero	CC	1098944979	2006-1-11				Coosalud		X			10											Julieth F.
10	Valeria	Pinzon	CC	63295 06	2006-12				Salud mia		X			10											Valeria

Versión_ 02_ 2021. Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Página _____ de _____

Tipo de documento: RC: registro civil, TI: tarjeta de identidad, CC: cédula de ciudadanía, PA: pasaporte, CE: cédula de extranjería, DNI: Documento Nacional de Identificación, PEP: Permiso Especial de Permanencia, SD: sin documento, utilice esta opción solo cuando la persona no cuente con documento de identidad o no desea suministrarlo. **Documento de identidad:** registre el número del documento de identidad de quien recibe el paquete de servicios, en caso de no contar con identificación ingrese la fecha de nacimiento para la construcción del código único. Para personas inmigrantes registre el número de documento antecedido del código del país (ejemplo: VEN, BRA, PER, MEX, ARG) definido en la circular 029 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social. **Régimen:** incluya en la casilla la letra del régimen al que se encuentra afiliado el participante, según corresponda C: contributivo, S: subsidiado, E: especial, Excepción e INPEC, N: no asegurado. **Nombre EPS:** registre el nombre de la Aseguradora en salud. **Población clave/prioritaria:** Incluya en la casilla la(s) letra(s) del grupo(s) al que corresponde el participante, si pertenece a más de un grupo separe con (,) comas: HSH: hombros que tienen relaciones sexuales con otros hombres, TRANS: personas transgénero,TS: Trabajadores sexuales, HC: habitante de calle, PPL: población privada de la tibertad, SPA: consumidores de sustancias psicoactivas, D: desmovilizado certificado por el Comité Operativo para la Dejación de las Armas (CODA), TB: población con Tuberculosis, ITS: población con diagnóstico de infecciones de transmisión sexual, GE: gestantes, L: Lesbiana, B: bisexual, INM: Inmigrante, IN: indigena, VC: Victima del conflicto armado, GR: Población General. utilice esta opción para otros grupos poblacionales diferentes a los anteriores. **Recibió paquete:** marque con una X en la casilla "SI" cuando haya recibido un paquete de prevención establecido por la Entidad Territorial o Institución. **Cantidad de paquetes:** escriba el número de paquetes entregados al usuario. **Cantidad de condones:** Especifique el número de condones incluidos en el paquete de servicios de prevención. Tenga en cuenta que es posible la entroga de condones de forma individual o a través de paquetes, este detalle debe ser incluido al respaldo de la hoja, en la casilla "temas y descripción de la actividad", donde adicionalmente debe incluir: nombre de la actividad, temas abordados, cantidad de lideres que coordinaron el evento, hora de inicio y final y qué incluye el paquete. **Aceptó asesoría individual para prueba de tamizaje:** marque con una X la casilla "SI" en el caso de aprobar la asesoría individual para prueba de tamizaje VIH, y/o sífilis y/o Hepatitis B-C. **Sintomático respiratorio:** marque X en la casilla "SI", si el usuario presenta tos, fiebre, pérdida de peso, sudoración nocturna. **Canalizado:** marque con X la opción "ninguno" si el participante no requiere canalización, en caso contrario seleccione la opción del servicio al que debe direccionarse. Si selecciona otro, realice la aclaración del servicio en OBSERVACIONES.

Versión_ 02_ 2021

FORM 1A.

FORM 1A. REGISTRO DE PARTICIPANTES EN ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Número formulario colectivo

La salud es de todos — Minsalud

1.1 Fecha (AAAA/MM/DD) 2024 | 10 | 31

1.2. Departamento: Santander

1.5. Tipo de lugar: Institucion Educativa

1.6. Nombre del lugar: Fundecol.

1.3. Municipio: Floridablanca

1.7. Nombre de la organización/ institución:

1.4. Barrio de la actividad: Casco Urbano Floridablanca

1.8. Localidad/comuna de la actividad:

Consecutivo	Nombres	Apellidos	Tipo de documento	Documento de identidad	Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD)	Sexo al nacer: Hombre	Sexo al nacer: Mujer	Régimen	Nombre EPS	Grupo poblacional	Recibió paquetes: SI	Recibió paquetes: NO	Cantidad de paquetes	Cantidad de condones	Aceptó asesoría individual para las pruebas de tamizaje: SI	Aceptó asesoría individual para las pruebas de tamizaje: NO	Sintomático respiratorio: SI	Sintomático respiratorio: NO	Canalizado: Salud	Canalizado: Servicios sociales	Canalizado: Vacunación Hepatitis B	Canalizado: Otro	Canalizado: Ninguno	Firma de quién recibe	Observaciones
1	Daniel	Parada	RC	1005746261	2005-2-16	X			N. EPS		X			10											Daniel Parada
2	Paula	Lizarazo	RC	1097444204	2006-1-21		X		Sanitas		X			10											Paula Lizarazo
3	Miller	Acosta Rangel	RC	1095581357	2006-2-11	X			N. EPS		X			10											Miller. A.
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									

Versión_ 02_ 2021. Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Tipo de documento: RC: registro civil, TI: tarjeta de identidad, CC: cédula de ciudadanía, PA: pasaporte, CE: cédula de extranjería, DNI: Documento Nacional de Identificación, PEP: Permiso Especial de Permanencia, SD: sin documento, utilice esta opción solo cuando la persona no cuente con documento de identidad o no desea suministrarlo. **Documento de identidad:** registre el número del documento de identidad de quien recibe el paquete de servicios, en caso de no contar con identificación ingrese la fecha de nacimiento para la construcción del código único. Para personas inmigrantes registre el número de documento antecedido del código del país (ejemplo: VEN, BRA, PER, MEX, ARG) definido en la circular 029 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social. **Régimen:** incluya en la casilla la tetra del régimen al que se encuentra afiliado el participante, según corresponda C: contributivo, S: subsidiado, E: especial, Excepción e INPEC, N: no asegurado. **Nombre EPS:** registre el nombre de la Aseguradora en salud. **Población clave/prioritaria:** Incluya en la casilla la(s) tetra(s) del grupo(s) al que corresponde el participante, si pertenece a más de un grupo separe con (,) comas: HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, TRANS: personas transgénero,TS: Trabajadores sexuales, HC: habitante de calle, PPL: población privada de la libertad, SPA: consumidores de sustancias psicoactivas, D: desmovilizado certificado por el Comité Operativo para la Dejación de las Armas (CODA), TB: población con Tuberculosis, ITS: población con diagnóstico de infecciones de transmisión sexual, GE: gestantes, L: Lesbiana, B: bisexual, INM: Inmigrante, IN: indígena, VC: Víctima del conflicto armado, GR: Población General, utilice esta opción para otros grupos poblacionales diferentes a los anteriores. **Recibió paquete:** marque con una X en la casilla "SI" cuando haya recibido un paquete de prevención establecido por la Entidad Territorial o Institución. **Cantidad de paquetes:** escriba el número de paquetes entregados al usuario. **Cantidad de condones:** Especifique el número de condones incluidos en el paquete de servicios de prevención. Tenga en cuenta que es posible la entrega de condones de forma individual o a través de paquetes, este detalle debe ser incluido al respaldo de la hoja, en la casilla "temas y descripción de la actividad", donde adicionalmente debe incluir: nombre de la actividad, temas abordados, cantidad de líderes que coordinaron el evento, hora de inicio y final y qué incluye el paquete. **Aceptó asesoría individual para prueba de tamizaje:** marque con una X la casilla "SI" en el caso de aprobar la asesoría individual para prueba de tamizaje VIH, y/o sífilis y/o Hepatitis B-C. **Sintomático respiratorio:** marque X en la casilla "SI", si el usuario presenta tos, fiebre, pérdida de peso, sudoración nocturna. **Canalizado:** marque con X la opción "ninguno" si el participante no requiere canalización, en caso contrario seleccione la opción del servicio al que debe direccionarse. Si selecciona otro, realice la aclaración del servicio en OBSERVACIONES.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

APLICACIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS VIH, HB, SÍFILIS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Daniel Peraza identificado(a) con CC No. 1095796761 de Barranca certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado,que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

Si acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI ( ) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI (X) NO ( )** y autorizo **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 31 del mes de 10 del año 2024

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Daniel Peraza
Tipo y número de identificación: 1095796761

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Leidy Bautista
Tipo y número de identificación: 63.550.640

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ____

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ____

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código
Leidy Bautista		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Chelsy Morales identificado(a) con CC No. 1092342301 de Bucaramanga certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

SI acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) Sífilis ( ) Hepatitis B (X) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.

SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )** y autorizo **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3024522850 o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 31 del mes de Diciembre del año 2024.

Chelsy M.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Chelsy Morales
Tipo y número de identificación: 1092342301

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Leidy Parra
Tipo y número de identificación: 63553064

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ___ ___ ___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ___ ___ ___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Geraldine chimos identificado(a) con CC No. 32693582 de Floridablanca certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado,que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

SI acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (/) Sífilis (/) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )** y autorizo **SI( ) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3015691691 o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 31 del mes de Oct del año 2024

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Geraldine Chimos	Nombre y Apellido: Jhon Bautista
Tipo y número de identificación: 32693582	Tipo y número de identificación: 6355064

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida y entrega de resultado ___/___/___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha prueba rápida y entrega de resultado ___/___/___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Camilo Suarez identificado(a) con C
No. 1098740918 de Floridablanca certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado,que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

SI acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI ( ) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )** y autorizo **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3209464461 o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 31 del mes de Oct del año 2024

Camilo Suarez
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Camilo Suarez
Tipo y número de identificación: Cedula de ciudadanía

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Jessy Bahoy
Tipo y número de identificación: 1098740918

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultaco

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Melisa Rodriguez identificado(a) con CC No. 1096067370 de Barrancabermeja, certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado,que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

Si acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) **VIH** (X) **Sífilis** (X) **Hepatitis B** ( ) **Hepatitis C**

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI ( ) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )** y autorizo **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 31 del mes de Oct del año 2024

Melisa

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Melisa Rodriguez
Tipo y número de identificación: 1096067370

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Leidy Bautista
Tipo y número de identificación: 63550640

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
◯ VIH	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos			
◯ Sífilis	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos			
◯ Hepatitis B	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Antígenos			
◯ Hepatitis C	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
◯ VIH	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Camila Vasquez identificado(a) con CC No. 1095308039 de Bucaramanga certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

Si acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) **VIH** (X) **Sífilis** (X) **Hepatitis B** ( ) **Hepatitis C**

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )**
y autorizo **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3176134175 o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 31 del mes de Oct del año 2021.

Camila V

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Camila Vasquez	Nombre y Apellido: Leidy Bautista
Tipo y número de identificación: 1095308039	Tipo y número de identificación: 63550640

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ____

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ____

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Wilson Lopez identificado(a) con CC

No. 1067606633 de Bimanga certifico que he leido o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado,que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

SI acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: ⊗ VIH ⊘ Sífilis ⊘ Hepatitis B ◯ Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI ( ) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )** y autorizo **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el dia 31 del mes de Oct del año 2024

Wilson

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Wilson Lopez	Nombre y Apellido: Jhon Bautista
Tipo y número de identificación: 1067606633	Tipo y número de identificación: 63350640

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ___ ___ ___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
◯ VIH	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos			
◯ Sífilis	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos			
◯ Hepatitis B	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Antígenos			
◯ Hepatitis C	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ___ ___ ___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
◯ VIH	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Donna Castillo identificado(a) con CC No. 1095834468 de Bucaramanga certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

SI acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI (X) NO ( )** y autorizo **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 31 del mes de 10 del año 2024

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Donna Castillo	Nombre y Apellido: Jenny Bautista
Tipo y número de identificación: 1095834468	Tipo y número de identificación: 63535640

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado ___ / ___ / ___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado ___ / ___ / ___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Andrey Reyes identificado(a) con
No. 1099791913 de Fbcdsblanca certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado,que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

Sí acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI (X) NO ( )** y autorizo **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 31 del mes de 10 del año 2024.

Andrey R

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Andrey Reyes
Tipo y número de identificación: 1099791913

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Heidy Bastidas
Tipo y número de identificación: 63550640

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápica y entrega de resultado

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Julieth Fuero identificado(a) con CC No. 1094944706 de Barranquilla certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado,que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

SI acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI (X) NO ( )** y autorizo **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la Institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el dia 31 del mes de 10 del año 2024

Julieth F.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Julieth Fuero
Tipo y número de identificación: 1094944706

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Jeidy Bautista
Tipo y número de identificación: 63550640

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: / /

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos			
○ Sífilis	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos			
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Antígenos			
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: / /

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código
Jeidy Bautista		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Paula Lizarazo identificado(a) con _____
No. CC de 1097494204 certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado,que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

Si acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI (X) NO ( )** y autorizo **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ e mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 31 del mes de 04 del año 24.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Paula Lizarazo	Nombre y Apellido: Wendy Brun
Tipo y número de identificación: 1097494204	Tipo y número de identificación: 63550040

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ___ ___ ___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ___ ___ ___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Miyer Acosta Rangel identificado(a) con CC No. 1095581357 de Bmanga certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

Si acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI (X) NO ( )** y autorizo **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la Institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 31 del mes de Octubre del año 2024.

Miyer A

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Miyer Acosta
Tipo y número de identificación: 1095581357

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Yeison Bautista
Tipo y número de identificación: 6355064

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

REGISTRO FOTOGRÁFICO FECHA Y HORA DE EVIDENCIA CON CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA INSTITUCIÓN.

Alcaldía Municipal de Floridablanca	AUTORIZACIÓN DE USO DE DERECHOS DE IMAGEN SOBRE FOTOGRAFÍAS Y PRODUCCIONES AUDIOVISUALES (VIDEOS)	CÓDIGO:	IC-F-04
		VERSIÓN	00
		FECHA ELAB	07/02/2022
		FECHA APROB	09/02/2022
SECRETARIA LOCAL DE SALUD	PROCESO:	TRD	Código-serie-subserie

Fotografía	X	Audios		Videos		Otros datos personales	

Mediante el presente se autoriza a la Alcaldía Municipal de Floridablanca para que haga el uso y tratamiento de los derechos de imagen para incluirlos en fotografías y/o producciones audiovisuales (videos), así como de los Derechos de Autor, los Derechos Conexos y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

Esta autorización se regirá por las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012; normas legales aplicables y en particular por las siguientes:

- La autorización comprende captar, tomar, almacenar y editar las imágenes para incluirlos en video/fotografía.
- Este video/fotografía podrá ser utilizado con fines educativos e informativos en diferentes escenarios y plataformas (físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza) de la Alcaldía Municipal de Floridablanca.
- Este video/fotografía es sin ánimo de lucro y en ningún momento será utilizado para objetivos distintos. La Alcaldía Municipal de Floridablanca queda exento de cualquier responsabilidad que se pueda derivar de la presente actividad con la firma de la autorización.
- La presente autorización no tiene ningún límite de tiempo para su concesión, ni para explotación de las imágenes, o parte de estas, por lo que mi autorización se considera concedida por un plazo de tiempo ilimitado.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere la Alcaldía Municipal de Floridablanca

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales vigente, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales virtuales o presenciales: página web de la entidad (www.floridablanca.gov.co), o subsidiariamente en las instalaciones de la Alcaldía Municipal de Floridablanca, Calle 5 # 8-25 Casco Antiguo.

Finalmente, manifiesto que el/la profesional encargado de la socialización de este documento, me ha aclarado las dudas que me han surgido de la autorización que estoy aceptando.

Autorización individual

Yo, Sandra E Velasquez, identificado(a) con documento de identidad No. 63104134 de Bmanga en mi calidad de persona natural autorizo a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, el uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producción audiovisual (videos), así como los patrimoniales de autor y derechos conexos, y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

Firma autorización adulto(s).

Sandra E Velasquez 63104134

Nombre Cédula de ciudadanía

Alcaldía Municipal de Floridablanca	AUTORIZACIÓN DE USO DE DERECHOS DE IMAGEN SOBRE FOTOGRAFÍAS Y PRODUCCIONES AUDIOVISUALES (VIDEOS)	CÓDIGO:	IC-F-04
		VERSIÓN	00
		FECHA ELAB	07/02/2022
		FECHA APROB	09/02/2022
SECRETARIA LOCAL DE SALUD	PROCESO:	TRD	Código-serie-subserie

Autorización menor de edad

Atendiendo al ejercicio de la Patria Potestad, establecido en el Código Civil Colombiano en su artículo 288, el artículo 24 del Decreto 2820 de 1974 y la Ley de Infancia y Adolescencia, autorizo a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, como padre/madre de familia o acudiente del menor de edad: Sandra Eveliz, identificado(a) con registro civil ( ) Tarjeta de Identidad ( ) número 63.104.139, para que aparezca ante la cámara, en una videograbación o captura de imágenes fotográficas.

Firma autorización para menor(es) de edad.

Sandra Eveliz. — Nombre del padre/madre de familia o acudiente

63.104.139 — Cédula de ciudadanía

Autorización grupos

Las personas abajo relacionadas autorizamos a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, el uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producción audiovisual (videos), así como los patrimoniales de autor y derechos conexos, y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO

Para constancia de lo anterior se firma y otorga en la ciudad de Floridablanca, el día 31 del mes 10 del año 24.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 31 de octubre de 2024

LUGAR: FUNDACION FUNDECOL

HORA: 08:00 am a 10:00 am

DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES REALIZADAS: Realizar campaña de información en salud mediante un encuentro lúdico a través de uso juego Concentresex dirigido a estudiantes de cuatro instituciones de validación educación para jóvenes y adultos TEMÁTICA: Promoción derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura, prevención de embarazo, servicios amigables, prevención ETS, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a la norma





PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

CERTIFICADO DE LA ACTIVIDAD

Floridablanca, 12 de noviembre de 2024

HACE CONSTAR

Que, desde el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC 2024) de la ESE Clínica Guane, se realizó una una campaña de información en salud mediante un encuentro lúdico a través de uso juego Concentresex dirigido a estudiantes jóvenes y adultos con la temática: Promoción derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura, prevención de embarazo, servicios amigables, prevención ETS, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a norma, el día 31 del mes de octubre de 2024, donde se trabajaron temas de programa Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos:

Como resultado, se logró intervenir a un total de 63 estudiantes, con la siguiente Caracterización poblacional:

Adolescencia de 12 a 17 años	Jóvenes De 18 a 28 años	Adulto De 29 a 59 años	Adulto Mayor De 60 o más años	MASCULINO	FEMENINO	OTRO
48	15			37	26	

Población	Personas con discapacidad	Victima conflicto armado	Reintegrado	Migrante	LGTBIQ	Etnia
MASCULINA		1		1		
FEMENINA		1		3	3	

Se da constancia en Floridablanca a los 12 días del mes noviembre del año 2024

NESTOR LEONARDO MACIAS CHAPARRO
Rector

ESCALA EVALUACION	SUPERIOR 4.6 – 5.0	ALTO 4.0 – 4.5	BASICO 3.5 – 3.9	BAJO 1.0 – 3.4
ESCALA COMPORTAMIENTO	EXCELENTE 4.6 – 5.0	SOBRESALIENTE 4.0 – 4.5	SUFICIENTE 3.5 – 3.9	INSUFICIENTE 1.0 – 3.4

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

FORMATO POBLACIONAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

CONSOLIDADO DIFERENCIAL POBLACIÓN GENERAL

PROGRAMA: Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

META DE PRODUCTO: Servicio de promoción de la salud en temas de salud sexual y reproductiva en la comunidad de Floridablanca.

ACTIVIDAD PROGRAMADA: Realizar campaña de información en salud mediante un encuentro lúdico a través de uso juego Concentresex dirigido a estudiantes de cuatro instituciones de validación educación para jóvenes y adultos TEMÁTICA: Promoción derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura, prevención de embarazo, servicios amigables, prevención ETS, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a la norma

PROFESIONAL RESPONSABLE: Profesional Enfermera Gloria Ines Zapata Campos- Leidy Johana Bautista Vargas- Profesional de Psicología Yisel Tatiana Pinto Estupiñan del programa PIC 2024

FECHA: 31 de octubre de 2024

LUGAR: FUNDACIÓN EDUCATIVA DE COLOMBIA FUNDECOL

Número total de personas beneficiadas	Número de personas beneficiadas según enfoque poblacional (por Ciclo de Vida)							Número de personas beneficiadas según enfoque territorial				Número de personas beneficiadas por tipo de población								
	Primera Infancia De 0 a 5 años	Infancia De 6 a 11 años	Adolescencia De 12 a 17 años	Jóvenes De 18 a 28 años	Adulto De 29 a 59 años	Adulto Mayor De 60 o más años	TOTAL	Area Rural	Nombre Vereda(s) beneficiados	Area Urbana	Nombre Barrio(s) beneficiados	Niños, Niñas y Adolescentes (NNA)	Mujeres	Personas con discapacidad	Victimas del conflicto armado	Reintegrados	Migrantes	Población LGTBIQ+	Etnias	TOTAL
FEMENINO	0	0	24	2	0	0	26			X	Municipio de Floridablanca	0	26	0	1	0	3	3		7

Número total de personas beneficiadas	Número de personas beneficiadas según enfoque poblacional (por Ciclo de Vida)							Número de personas beneficiadas según enfoque territorial				Número de personas beneficiadas por tipo de población								
	Primera Infancia De 0 a 5 años	Infancia De 6 a 11 años	Adolescencia De 12 a 17 años	Jóvenes De 18 a 28 años	Adulto De 29 a 59 años	Adulto Mayor De 60 o más años	TOTAL	Area Rural	Nombre Vereda(s) beneficiados	Area Urbana	Nombre Barrio(s) beneficiados	Niños, Niñas y Adolescentes (NNA)	Hombres	Personas con discapacidad	Victimas del conflicto armado	Reintegrados	Migrantes	Población LGTBIQ	Etnias	TOTAL
MASCULINO	0	0	27	10	0	0	37			x	Municipio de Floridablanca	0	37	0	1	0	1	0	0	2
TOTAL	63																			

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

INSTITUTO LA CUMBRE

MODALIDAD CLEI

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

ACTA DE CONCERTACION

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

ACTA DE CONCERTACIÓN

Fecha: 22-10-24. **Hora:** 2:00 pm

Lugar: Colegio Combie Sede A programa CEI Fin de Semana

Programa: Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

Meta Sanitaria del componente o meta de producto: Servicio de gestión del riesgo en temas de salud sexual y reproductiva en la comunidad de Floridablanca.

Actividad Programada: Realizar una campaña de información en salud mediante un encuentro lúdico a través de uso juego Concentresex dirigido a estudiantes de cuatro instituciones de validación educación para jóvenes y adultos TEMÁTICA: Promoción derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura, prevención de embarazo, servicios amigables, prevención ETS, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a norma.

Orden Del día:
- ✓ Saludo de bienvenida
- ✓ Presentación de los asistentes
- ✓ Socializacion de los temas a realizar
- ✓ Metodología a utilizar
- ✓ Establecer fechas y grados a intervenir
- ✓ Definición de compromisos

Desarrollo de la Reunión: Siendo las Siendo las 2:00pm., entre la coordinacion del Colegio combre. Sede A programa CEI y la Profesional PIC 2024, dan inicio a la reunión para la programacion de un encuentro lúdico dirigido a estudiantes de cuatro **instituciones de validación educación** para jóvenes y adultos TEMÁTICA: Promoción derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura, prevención de embarazo, servicios amigables, prevención ETS, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a norma.

Deacuerdo con lo anterior la profesional del PIC presenta la metodologia a trabajar:

1) Se inicia con saludo de bienvenida y presentación del expositor y temas a tratar.

2) Sondeo inicial: ¿Qué es el embarazo? ¿Cuál creen que es la edad mínima para quedar embarazada? ¿Qué es la gestación? ¿Cuánto dura un embarazo promedio? ¿Conoce algún método para prevenir el embarazo?¿Han oído hablar de los siguientes métodos: preservativos, píldoras anticonceptivas, inyecciones anticonceptivas, DIU? donde los estudiantes podran levantar la mano y dar las respuestas deacuerdo a sus conocimientos.

3) Se realiza socialización con el Rotafolio, sobre: planificación, derechos sexuales y reproductivos, sexualidad responsable, promoviendo la participación de cada alumno

4) Se divide el salón en dos grupos y utilizando el juego CONCENTRESEX, donde cuentan con 36 tarjetas que forman 18 parejas, las cuales contienen temas sobre salud sexual y reproductiva. Los alumnos concursaran por el mayor número de parejas armadas, mientras se socializa los temas Promoción derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura, prevención de embarazo, servicios amigables

5) Cada estudiante podrá participar y despejar dudas durante el juego.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

6) Distribución de preservativos y realización de pruebas rápidas rápidas VIH, HB, SÍFILIS, previa autorización institucional y del estudiante

7) Se agradece la participación durante la actividad a los estudiantes y profesor de clase y se realiza cierre de la actividad.

La institucion establece que la actividad debe ser de la siguiente manera :

Fecha	hora	Grado
02-11-24	2:00 PM	10 y 11 grado CLEI Fin de Semana

Se indaga sobre las evidencias fotograficas y el coordinador menciona que no se permiten fotos directas al rostro de los estudiantes, por tal razon firmara autorizacion para el registro fotografico solo de espaldas o con filtros, a fin de proteger laidentidad de los menores. Para la realizacion de las pruebas rapidas, solo se autoriza a los estudiantes mayores de esdad previo consentimiento y atorizacion de cada uno.

Compromisos:

La institucion se compromete a garantizar el espacio academico para trabajar las tematicas mencionadas con los estudiantes.

La profesional del PIC se compromete a cumplir con la agenda programada deacuerdo a lo antes mencionado.

Registro de Asistentes:

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO O DEPENDENCIA	NUMERO DE CEDULA	NUMERO TELEFONO NUMERO CELULAR	FIRMA
Esperanza Alvarez	coordinadora CLEI Fin de Semana	63368373	3167658710	Esperanza Alvarez G.
Paola Bautista	Enfermera	63550640	3222928654	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 22 de OCTUBRE de 2024

LUGAR: INSTITUTO LA CUMBRE MODALIDAD CLEI

HORA: 2:00 Pm

DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES REALIZADAS: Concertacion para realizar campaña de información en salud mediante un encuentro lúdico a través de uso juego Concentresex dirigido a estudiantes de cuatro instituciones de validación educación para jóvenes y adultos TEMÁTICA: Promoción derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura, prevención de embarazo, servicios amigables, prevención ETS, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a la norma



Alcaldía Municipal de Floridablanca	AUTORIZACIÓN DE USO DE DERECHOS DE IMAGEN SOBRE FOTOGRAFÍAS Y PRODUCCIONES AUDIOVISUALES (VIDEOS)	CÓDIGO:	IC-F-04
		VERSIÓN	00
		FECHA ELAB	07/02/2022
		FECHA APROB	09/02/2022
SECRETARIA LOCAL DE SALUD	PROCESO:	TRD	Código-serie-subserie

Fotografía	X	Audios		Videos		Otros datos personales	

Mediante el presente se autoriza a la Alcaldía Municipal de Floridablanca para que haga el uso y tratamiento de los derechos de imagen para incluirlos en fotografías y/o producciones audiovisuales (videos), así como de los Derechos de Autor, los Derechos Conexos y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

Esta autorización se regirá por las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012; normas legales aplicables y en particular por las siguientes:

- La autorización comprende captar, tomar, almacenar y editar las imágenes para incluirlos en video/fotografía.
- Este video/fotografía podrá ser utilizado con fines educativos e informativos en diferentes escenarios y plataformas (físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza) de la Alcaldía Municipal de Floridablanca.
- Este video/fotografía es sin ánimo de lucro y en ningún momento será utilizado para objetivos distintos. La Alcaldía Municipal de Floridablanca queda exento de cualquier responsabilidad que se pueda derivar de la presente actividad con la firma de la autorización.
- La presente autorización no tiene ningún límite de tiempo para su concesión, ni para explotación de las imágenes, o parte de estas, por lo que mi autorización se considera concedida por un plazo de tiempo ilimitado.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere la Alcaldía Municipal de Floridablanca

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales vigente, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales virtuales o presenciales: página web de la entidad (www.floridablanca.gov.co), o subsidiariamente en las instalaciones de la Alcaldía Municipal de Floridablanca, Calle 5 # 8-25 Casco Antiguo.

Finalmente, manifiesto que el/la profesional encargado de la socialización de este documento, me ha aclarado las dudas que me han surgido de la autorización que estoy aceptando.

Autorización individual

Yo, Esperanza Alvarez, identificado(a) con documento de identidad No. 63368373 de Bucaramanga en mi calidad de persona natural autorizo a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, el uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producción audiovisual (videos), así como los patrimoniales de autor y derechos conexos, y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

Firma autorización adulto(s).

Esperanza Alvarez
Nombre

63368373
Cédula de ciudadanía

Alcaldía Municipal de Floridablanca	AUTORIZACIÓN DE USO DE DERECHOS DE IMAGEN SOBRE FOTOGRAFÍAS Y PRODUCCIONES AUDIOVISUALES (VIDEOS)	CÓDIGO:	IC-F-04
		VERSIÓN	00
		FECHA ELAB	07/02/2022
		FECHA APROB	09/02/2022
SECRETARIA LOCAL DE SALUD	PROCESO:	TRD	Código-serie-subserie

Autorización menor de edad

Atendiendo al ejercicio de la Patria Potestad, establecido en el Código Civil Colombiano en su artículo 288, el artículo 24 del Decreto 2820 de 1974 y la Ley de Infancia y Adolescencia, autorizo a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, como padre/madre de familia o acudiente del menor de edad: _____, identificado(a) con registro civil ( ) Tarjeta de Identidad ( ) número_____, para que aparezca ante la cámara, en una videograbación o captura de imágenes fotográficas.

Firma autorización para menor(es) de edad.

_____ _____

Nombre del padre/madre de familia o acudiente Cédula de ciudadanía

Autorización grupos

Las personas abajo relacionadas autorizamos a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, el uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producción audiovisual (videos), así como los patrimoniales de autor y derechos conexos, y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO

Para constancia de lo anterior se firma y otorga en la ciudad de Floridablanca, el día 22 del mes Octubre del año 2024.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

ACTA DE DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

ACTA DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

Fecha: 02-11-2024 **Hora:** 2:00pm

Lugar: Instituto la Comba Sede A Modalidad CLEI

Programa: Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

Meta Sanitaria del componente o meta de producto:

Servicio de gestión del riesgo en temas de salud sexual y reproductiva en la comunidad de Floridablanca.

Actividad Programada:

Realizar una campaña de información en salud mediante un encuentro lúdico a través de uso juego Concentresex dirigido a estudiantes de cuatro instituciones de validación educación para jóvenes y adultos TEMÁTICA: Promoción derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura, prevención de embarazo, servicios amigables, prevención ETS, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a norma

Orden Del día:

Saludo de bienvenida y Presentación de los asistentes
Socialización de los temas a realizar

Desarrollo de la Actividad:

Fecha	hora	Grado
02-11-24	2:00pm a 4:00 pm	10 - 11 Ins. la comba

- Los estudiantes participaron en el encuentro lúdico, en el cual jugaron con el concentresex, donde pudieron aprender lúdicamente sobre: 1. Derechos sexuales y reproductivos, 2. Planificación familiar y métodos anticonceptivos, 3. Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes 4. Prevención de enfermedades de transmisión sexual, 5. Prevención de embarazo y maternidad segura y saludable, 6. Ruta de violencia de género.

- Adicionalmente los estudiantes recibieron 120 preservativos deacuerdo a la norma, 10 por persona.

- Se realizaron 12 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS, previa autorización de los estudiantes mayores de edad.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

Material Utilizado Para el Desarrollo de la Actividad:

- Facilitador (Profesional Enfermera y de Psicología del programa PIC)
- Marcadores
- Material bibliográfico sobre Salud sexual y reproductiva.
- Infografía sobre derechos sexuales y reproductivos
- Juego mavex: Concentresex
- Pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS
- preservativos
- Plotters derechos sexuales
- Plotter IVE
- Plotter métodos de planificación
- Parlante
- Computador

Registro Constancia de Ejecución:

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO O DEPENDENCIA	NUMERO DE CEDULA	NUMERO TELEFONO NUMERO CELULAR	FIRMA
Esperanza Alvarez G	Coordinadora CLE Fin de Semana	63368373	3167658718	Esperanza Alvarez G.
Leidy Bautista	PIC 2024	63550640	3222925854	Leidy B.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

SOPORTE DE ENTREGA DE PRESERVATIVOS

Versión_ 02_ 2021

FORM 1A.

FORM 1A. REGISTRO DE PARTICIPANTES EN ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Número formulario colectivo

La salud es de todos — Minsalud

1.1 Fecha (AAAA/MM/DD) 2021 | 11 | 02

1.2. Departamento: Santander | 1.5. Tipo de lugar: Colegio | 1.6. Nombre del lugar: I Educativa Cumbre CLE1

1.3. Municipio: Floridablanca | 1.7. Nombre de la organización/ institución: Colegio Cumbre Sede A

1.4. Barrio de la actividad: Cumbre | 1.8. Localidad/comuna de la actividad:

Consecutivo	Nombres	Apellidos	Tipo de documento	Documento de identidad	Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD)	Sexo al nacer: Hombre	Sexo al nacer: Mujer	Régimen	Nombre EPS	Grupo poblacional	Recibió paquetes: SI	Recibió paquetes: NO	Cantidad de paquetes	Cantidad de condones	Aceptó asesoría individual para las pruebas de tamizaje: SI	Aceptó asesoría individual para las pruebas de tamizaje: NO	Sintomático respiratorio: SI	Sintomático respiratorio: NO	Canalizado: Salud	Canalizado: Servicios sociales	Canalizado: Vacunación Hepatitis B	Canalizado: Otro	Canalizado: Ninguno	Firma de quién recibe	Observaciones
1	Yessika	Carrillo	X	1099740511	2006/05/01	X			N. EPS		X			10	X			X						Yessika Carrillo	
2	Marco	Delgado	X	1097412587	06/11/2004	X			N. Eps		X			10	X			X						Marco Delgado	
3	Javier	Amado	X	1097912513	2005/19/03	X			N. EPS		X			10	X			X							
4	Diego	Reyes	X	1099125417	12/10/2006	X			Sanitas		X			10	X			X						Diego	
5	Laura	Gotherez	X	1095823722	2003/20/02		X	X	Salud TOTAL		X			10	X			X						Laura	
6	Nicolas	Lopera	X	1098680289	2004/02/04	X			Coosalud.		X			10	X			X						Nicolas L.	
7	Ana Isabel G.	Gomez	X	1095790368	2000/10/12		X		N. EPS		X			10	X			X							
8	William	Garavito	X	1102549354	2001/01/16	X			Coosalud		X			10	X			X						William Garavito	
9	DAVID STEVEN	DIAZ GONZALEZ	X	1005153711	2008/08/25	X			NUEVA EPS		X			10	X			X						DAVID DIAZ.	
10	ALEXANDER	ARIZA FUENTO	X	1005256461	2001/04/14	X			NUEVA EPS		X			10	X			X						Alexander Ariza.	

Versión_ 02_ 2021. Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Página _____ de _____

Tipo de documento: RC: registro civil, TI: tarjeta de identidad, CC: cédula de ciudadanía, PA: pasaporte, CE: cédula de extranjería, DNI: Documento Nacional de Identificación, PEP: Permiso Especial de Permanencia, SD: sin documento, utilice esta opción solo cuando la persona no cuente con documento de identidad o no desea suministrarlo. **Documento de identidad:** registre el número del documento de identidad de quien recibe el paquete de servicios, en caso de no contar con identificación ingrese la fecha de nacimiento para la construcción del código único. Para personas inmigrantes registre el número de documento antecedido del código del país (ejemplo: VEN, BRA, PER, MEX, ARG) definido en la circular 029 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social. **Régimen:** incluya en la casilla la letra del régimen al que se encuentra afiliado el participante, según corresponda C: contributivo, S: subsidiado, E: especial, Excepción e INPEC, N: no asegurado. **Nombre EPS:** registre el nombre de la Aseguradora en salud. **Población clave/prioritaria:** Incluya en la casilla la(s) letra(s) del grupo(s) al que corresponde el participante, si pertenece a más de un grupo separe con (,) comas: HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, TRANS: personas transgénero,TS: Trabajadores sexuales, HC: habitante de calle, PPL: población privada de la libertad, SPA: consumidores de sustancias psicoactivas, D: desmovilizado certificado por el Comité Operativo para la Dejación de las Armas (CODA), TB: población con Tuberculosis, ITS: población con diagnóstico de infecciones de transmisión sexual, GE: gestantes, L: Lesbiana, B: bisexual, INM: Inmigrante, IN: indígena, VC: Víctima del conflicto armado, GR: Población General, utilice esta opción para otros grupos poblacionales diferentes a los anteriores. **Recibió paquete:** marque con una X en la casilla "SI" cuando haya recibido un paquete de prevención establecido por la Entidad Territorial o Institución. **Cantidad de paquetes:** escriba el número de paquetes entregados al usuario. **Cantidad de condones:** Especifique el número de condones incluidos en el paquete de servicios de prevención. Tenga en cuenta que es posible la entrega de condones de forma individual o a través de paquetes, este detalle debe ser incluido al respaldo de la hoja, en la casilla "temas y descripción de la actividad", donde adicionalmente debe incluir: nombre de la actividad, temas abordados, cantidad de líderes que coordinaron el evento, hora de inicio y final y qué incluye el paquete. **Aceptó asesoría individual para prueba de tamizaje:** marque con una X la casilla "SI" en el caso de aprobar la asesoría individual para prueba de tamizaje VIH, y/o sífilis y/o Hepatitis B-C. **Sintomático respiratorio:** marque X en la casilla "SI", si el usuario presenta tos, fiebre, pérdida de peso, sudoración nocturna. **Canalizado:** marque con X la opción "ninguno" si el participante no requiere canalización, en caso contrario seleccione la opción del servicio al que debe direccionarse. Si selecciona otro, realice la aclaración del servicio en OBSERVACIONES.

Versión_ 02_ 2021

FORM 1A.

FORM 1A. REGISTRO DE PARTICIPANTES EN ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Número formulario colectivo

La salud es de todos — Minsalud

1.1 Fecha (AAAA/MM/DD) 2024 | 11 | 02

1.2. Departamento Santander

1.5. Tipo de lugar: I Fines de Semana

1.6. Nombre del lugar: Cumbre

1.3. Municipio Floridablanca

1.7. Nombre de la organización/ institución Colegio Cumbre (I.E.)

1.4. Barrio de la actividad Cumbre

1.8. Localidad/comuna de la actividad

Consecutivo	Nombres	Apellidos	Tipo de documento	Documento de identidad	Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD)	Sexo al nacer: Hombre	Sexo al nacer: Mujer	Régimen	Nombre EPS	Grupo poblacional	Recibió paquetes: SI	Recibió paquetes: NO	Cantidad de paquetes	Cantidad de condones	Aceptó asesoría individual para las pruebas de tamizaje: SI	Aceptó asesoría individual para las pruebas de tamizaje: NO	Sintomático respiratorio: SI	Sintomático respiratorio: NO	Canalizado: Salud	Canalizado: Servicios sociales	Canalizado: Vacunación Hepatitis B	Canalizado: Otro	Canalizado: Ninguno	Firma de quién recibe	Observaciones
1	Nicolle	Estupiñan	CC	1095698326	2006-MAR	X			NUEVA EPS		X		2	10	X		X							Nicolle	
2	Angie	Pinzon	CC	1095[illegible]2	2007-[illegible]		X		NUEVA EPS		X		1	15	X		X							Angie	
3																								Nicole	
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									

Versión_ 02_ 2021. Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Tipo de documento: RC: registro civil, TI: tarjeta de identidad, CC: cédula de ciudadanía, PA: pasaporte, CE: cédula de extranjería, DNI: Documento Nacional de Identificación, PEP: Permiso Especial de Permanencia, SD: sin documento, utilice esta opción solo cuando la persona no cuente con documento de identidad o no desea suministrarlo. **Documento de identidad:** registre el número del documento de identidad de quien recibe el paquete de servicios, en caso de no contar con identificación ingrese la fecha de nacimiento para la construcción del código único. Para personas inmigrantes registre el número de documento antecedido del código del país (ejemplo: VEN, BRA, PER, MEX, ARG) definido en la circular 029 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social. **Régimen:** incluya en la casilla la letra del régimen al que se encuentra afiliado el participante, según corresponda C: contributivo, S: subsidiado, E: especial, Excepción e INPEC, N: no asegurado. **Nombre EPS:** registre el nombre de la Aseguradora en salud. **Población clave/prioritaria:** Incluya en la casilla la(s) letra(s) del grupo(s) al que corresponde el participante, si pertenece a más de un grupo separe con (,) comas: HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, TRANS: personas transgénero,TS: Trabajadores sexuales, HC: habitante de calle, PPL: población privada de la libertad, SPA: consumidores de sustancias psicoactivas, D: desmovilizado certificado por el Comité Operativo para la Dejación de las Armas (CODA), TB: población con Tuberculosis, ITS: población con diagnóstico de infecciones de transmisión sexual, GE: gestantes, L: Lesbiana, B: bisexual, INM: Inmigrante, IN: indígena, VC: Victima del conflicto armado, GR: Población General, utilice esta opción para otros grupos poblacionales diferentes a los anteriores. **Recibió paquete:** marque con una X en la casilla "SI" cuando haya recibido un paquete de prevención establecido por la Entidad Territorial o Institución. **Cantidad de paquetes:** escriba el número de paquetes entregados al usuario. **Cantidad de condones:** Especifique el número de condones incluidos en el paquete de servicios de prevención. Tenga en cuenta que es posible la entrega de condones de forma individual o a través de paquetes, este detalle debe ser incluido al respaldo de la hoja, en la casilla "temas y descripción de la actividad", donde adicionalmente debe incluir: nombre de la actividad, temas abordados, cantidad de líderes que coordinaron el evento, hora de inicio y final y qué incluye el paquete. **Aceptó asesoría individual para prueba de tamizaje:** marque con una X la casilla "SI" en el caso de aprobar la asesoría individual para prueba de tamizaje VIH, y/o sífilis y/o Hepatitis B-C. **Sintomático respiratorio:** marque X en la casilla "SI", si el usuario presenta tos, fiebre, pérdida de peso, sudoración nocturna. **Canalizado:** marque con X la opción "ninguno" si el participante no requiere canalización, en caso contrario seleccione la opción del servicio al que debe direccionarse. Si selecciona otro, realice la aclaración del servicio en OBSERVACIONES.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

APLICACIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS VIH, HB, SÍFILIS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Jessica Camilo identificado(a) con CC No. 1004211051 de _____ certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento informado,que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

Si acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: ◯ VIH ◯ Sífilis ◯ Hepatitis B ◯ Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )** y autorizo **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 02 del mes de 11 del año 24

Jessica Camilo

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Jessica Cam	Nombre y Apellido:
Tipo y número de identificación: 1004211051	Tipo y número de identificación:

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado | | | | | | | | |

Prueba	Resultado		Tipo de prueba para detección		Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
◯ VIH	◯ Reactivo	◯ No reactivo	◯ Anticuerpos	◯ Antígenos/anticuerpos			
◯ Sífilis	◯ Positivo	◯ Negativo	◯ Anticuerpos				
◯ Hepatitis B	◯ Reactivo	◯ No reactivo	◯ Antígenos				
◯ Hepatitis C	◯ Reactivo	◯ No reactivo	◯ Anticuerpos				

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado | | | | | | | | |

Prueba	Resultado		Tipo de prueba para detección		Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
◯ VIH	◯ Positivo	◯ Negativo	◯ Anticuerpos	◯ Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Marco Delgado identificado(a) con C
No. 1094941752 de Pam certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

Si acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH ( ) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )** y autorizo **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____.
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 17 del mes de 11 del año 21

Marco Delgado

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Marco Delgado
Tipo y número de identificación: 1094941752

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: [illegible]
Tipo y número de identificación: [illegible]

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos			
○ Sífilis	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos			
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Antígenos			
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Javier Amado identificado(a) con C.C. No. 1094[illegible] de [illegible] certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado,que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

Si acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.

SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )** y autorizo **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día ____ del mes de _____ del año _____.

Javier Amado

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Javier Amado
Tipo y número de identificación: C.C. 1094[illegible]

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: [illegible]
Tipo y número de identificación: 63[illegible]

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ___/___/___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ___/___/___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo, Pablo Dehaes identificado(a) con

No. 1049125912 de certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

Si acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )** y autorizo **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la Institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 22 del mes de 11 del año 24

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Pablo Dehaes	Nombre y Apellido: Teresa Bautista
Tipo y número de identificación: 1049125912	Tipo y número de identificación:

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: | | | | | | | | |

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: | | | | | | | | |

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código
Felipe		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Laura Gutierrez identificado(a) con C
No. 1045 6234 de Tu identificado(a) con C

certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo, y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

SI acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: ◯ VIH X ◯ Sífilis X ◯ Hepatitis B X ◯ Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )** y autorizo **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 07 del mes de 11 del año 24.

Laura Gutierrez

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Laura Gutierrez
Tipo y número de identificación: C 1045623[illegible]

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: [illegible]
Tipo y número de identificación: 63[illegible]

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ___/___/___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
◯ VIH	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos			
◯ Sífilis	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos			
◯ Hepatitis B	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Antígenos			
◯ Hepatitis C	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ___/___/___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
◯ VIH	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código
[illegible]		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo NICOLAS LOPERA identificado(a) con
No. 1088[illegible]9 de certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

SI acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) **VIH** (X) **Sífilis** (X) **Hepatitis B** ( ) **Hepatitis C**

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )** y autorizo **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 07 del mes de 11 del año 24

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: NICOLAS LOPERA
Tipo y número de identificación: 1088[illegible]9

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: [illegible]
Tipo y número de identificación: 035[illegible]

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ___/___/___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ___/___/___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Ana Isabel Gomez identificado(a) con CC No. 1045749358 de B/ certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

SI acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH ( ) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.

SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )** y autorizo **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la Institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 02 del mes de 11 del año 24

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Ana Isabel Gomez
Tipo y número de identificación: 1045749358

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido:
Tipo y número de identificación:

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: | | | |

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos			
○ Sífilis	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos			
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Antígenos			
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: | | | |

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo William Garcia identificado(a) con
No. 1102[illegible]32 de Bh certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

SI acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH ( ) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI (X) NO ( )** y autorizo **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____.
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 12 del mes de 4 del año 2024

William Garcia

FIRMA DE QUIEN DÁ EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: William Garcia	Nombre y Apellido: [illegible]
Tipo y número de identificación: 1102[illegible]32	Tipo y número de identificación: CC 1[illegible]

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ____/____/____

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ____/____/____

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código
[illegible]	[illegible]	

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo David Esteven Diaz identificado(a) con CC No. 1005153911 de _____ certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

SI acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indican) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )** y autorizo **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la Institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____.
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 07 del mes de 11 del año 24.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: David Diaz	Nombre y Apellido: Jeral Bautista
Tipo y número de identificación: Cedula	Tipo y número de identificación: 53106

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida y entrega de resultado: / /

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/Anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha prueba rápida y entrega de resultado: / /

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Alexander Arca identificado(a) con
No. 1100280204 de B certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

SI acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )** y autorizo **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 0 del mes de 11 del año 24

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Alexander Arca	Nombre y Apellido: Dilan Paul
Tipo y número de identificación: 1100280204	Tipo y número de identificación: 1065

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: | | | | | | |

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: | | | | | | |

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Nicolle Geluz identificado(a) con
No. [illegible] de certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

SI acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: ◯ VIH ◯ Sífilis ◯ Hepatitis B ◯ Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )** y autorizo **SI ( ) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la Institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____.
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 02 del mes de 11 del año 24.

Nicolle	
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	**FIRMA DEL ASESOR**
Nombre y Apellido: Nicolle Gely	**Nombre y Apellido:** [illegible]
Tipo y número de identificación: [illegible]	**Tipo y número de identificación:** [illegible]

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado | | | | | | | | |

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
◯ VIH	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos			
◯ Sífilis	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos			
◯ Hepatitis B	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Antígenos			
◯ Hepatitis C	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado | | | | | | | | |

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
◯ VIH	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Angie Pinzon identificado(a) con CC No. 1077[illegible] de _____ certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

SI acepto ( ) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: ◯ VIH ◯ Sífilis ◯ Hepatitis B ◯ Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI ( ) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI ( ) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )** y autorizo **SI ( ) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la Institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día _____ del mes de _____ del año _____.

Angie Pinzon

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Angie Pinzon
Tipo y número de identificación: CC 1077[illegible]

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: [illegible]
Tipo y número de identificación: [illegible]

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado ___/___/___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
◯ VIH	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos			
◯ Sífilis	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos			
◯ Hepatitis B	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Antígenos			
◯ Hepatitis C	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado ___/___/___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
◯ VIH	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

REGISTRO FOTOGRAFICO FECHA Y HORA DE EVIDENCIA CON CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA INSTITUCION.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 02 de noviembre de 2024

LUGAR: INSTITUTO LA CUMBRE MODALIDAD CLEI

HORA: 2:00 Pm a 4:00 pm

DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES REALIZADAS: Realizar campaña de información en salud mediante un encuentro lúdico a través de uso juego Concentresex dirigido a estudiantes de cuatro instituciones de validación educación para jóvenes y adultos TEMÁTICA: Promoción derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura, prevención de embarazo, servicios amigables, prevención ETS, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a la norma





Alcaldía Municipal de Floridablanca	AUTORIZACIÓN DE USO DE DERECHOS DE IMAGEN SOBRE FOTOGRAFÍAS Y PRODUCCIONES AUDIOVISUALES (VIDEOS)	CÓDIGO:	IC-F-04
		VERSIÓN	00
		FECHA ELAB	07/02/2022
		FECHA APROB	09/02/2022
SECRETARIA LOCAL DE SALUD	PROCESO:	TRD	Código-serie-subserie

Fotografía	X	Audios		Videos		Otros datos personales	

Mediante el presente se autoriza a la Alcaldía Municipal de Floridablanca para que haga el uso y tratamiento de los derechos de imagen para incluirlos en fotografías y/o producciones audiovisuales (videos), así como de los Derechos de Autor, los Derechos Conexos y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

Esta autorización se regirá por las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012; normas legales aplicables y en particular por las siguientes:

- La autorización comprende captar, tomar, almacenar y editar las imágenes para incluirlos en video/fotografía.
- Este video/fotografía podrá ser utilizado con fines educativos e informativos en diferentes escenarios y plataformas (físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza) de la Alcaldía Municipal de Floridablanca.
- Este video/fotografía es sin ánimo de lucro y en ningún momento será utilizado para objetivos distintos. La Alcaldía Municipal de Floridablanca queda exento de cualquier responsabilidad que se pueda derivar de la presente actividad con la firma de la autorización.
- La presente autorización no tiene ningún límite de tiempo para su concesión, ni para explotación de las imágenes, o parte de estas, por lo que mi autorización se considera concedida por un plazo de tiempo ilimitado.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere la Alcaldía Municipal de Floridablanca

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales vigente, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales virtuales o presenciales: página web de la entidad (www.floridablanca.gov.co), o subsidiariamente en las instalaciones de la Alcaldía Municipal de Floridablanca, Calle 5 # 8-25 Casco Antiguo.

Finalmente, manifiesto que el/la profesional encargado de la socialización de este documento, me ha aclarado las dudas que me han surgido de la autorización que estoy aceptando.

Autorización individual

Yo, Esperanza Alvarez, identificado(a) con documento de identidad No. 63368373 de Bucaramanga en mi calidad de persona natural autorizo a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, el uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producción audiovisual (videos), así como los patrimoniales de autor y derechos conexos, y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

Firma autorización adulto(s).

Esperanza Alvarez
Nombre

63368373
Cédula de ciudadanía

Alcaldía Municipal de Floridablanca	AUTORIZACIÓN DE USO DE DERECHOS DE IMAGEN SOBRE FOTOGRAFÍAS Y PRODUCCIONES AUDIOVISUALES (VIDEOS)	CÓDIGO:	IC-F-04
		VERSIÓN	00
		FECHA ELAB	07/02/2022
		FECHA APROB	09/02/2022
SECRETARIA LOCAL DE SALUD	PROCESO:	TRD	Código-serie-subserie

Autorización menor de edad

Atendiendo al ejercicio de la Patria Potestad, establecido en el Código Civil Colombiano en su artículo 288, el artículo 24 del Decreto 2820 de 1974 y la Ley de Infancia y Adolescencia, autorizo a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, como padre/madre de familia o acudiente del menor de edad: _____, identificado(a) con registro civil ( ) Tarjeta de Identidad ( ) número_____, para que aparezca ante la cámara, en una videograbación o captura de imágenes fotográficas.

Firma autorización para menor(es) de edad.

_____ _____

Nombre del padre/madre de familia o acudiente Cédula de ciudadanía

Autorización grupos

Las personas abajo relacionadas autorizamos a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, el uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producción audiovisual (videos), así como los patrimoniales de autor y derechos conexos, y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO

Para constancia de lo anterior se firma y otorga en la ciudad de Floridablanca, el día 02 del mes Noviembre del año 2024.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

CERTIFICADO DE LA ACTIVIDAD

INSTITUTO TÉCNICO LA CUMBRE

Licencia de Funcionamiento de Carácter oficial Resolución No.0439/2010
Reconocimiento Carácter Técnico Resoluciones No.2503/2012 y 1475/2017
Emanadas de la Secretaría de Educación Municipal de Floridablanca

INSTITUTO TECNICO LA CUMBRE SEDE A
PROGRAMA FIN DE SEMANA CLEI

HACE CONSTAR

Que, desde el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC 2024) de la ESE Clínica Guane, se realizó una campaña de información en salud mediante un encuentro lúdico a través de uso juego Concentresex dirigido a estudiantes jóvenes y adultos con la temática: Promoción derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura, prevención de embarazo, servicios amigables, prevención ETS, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a norma, el día 02 del mes de Noviembre de 2024, donde se trabajaron temas de programa Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos:

Como resultado, se logró intervenir a un total de 61 estudiantes, con la siguiente Caracterización poblacional

Adolescencia de 12 a 17 años	Jóvenes De 18 a 28 años	Adulto De 29 a 59 años	Adulto Mayor De 60 o más años	MASCULINO	FEMENINO	OTRO
30	29	2	0	37	24	0

Población	Personas con discapacidad	Victima conflicto armado	Reintegrado	Migrante	LGTBIQ	Etnia
MASCULINA	0	0	0	3	0	0
FEMENINA	0	0	0	2	0	0

Se da constancia en Floridablanca a los 12 días del mes Noviembre del año 2024

Firma:
Nombre: Elizabeth Parra Parte
Cargo: Rectora

INSTITUTO TÉCNICO LA CUMBRE · FLORIDABLANCA · RECTORÍA · FORMANDO LÍDERES CON SENTIDO SOCIAL

Calle 33 No.4E-16 Barrio La Cumbre – FLORIDABLANCA (S)
PÁGINA WEB: institutolacumbre.edu.co
E-mail: inst.lacumbre@semfloridablanca.gov.co
CONMUTADOR: 6184422 – 6199998

icontec ISO 9001 · IQNet SC-CER279863

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

FORMATO POBLACIONAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

CONSOLIDADO DIFERENCIAL POBLACIÓN GENERAL

PROGRAMA: Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

META DE PRODUCTO: Servicio de promoción de la salud en temas de salud sexual y reproductiva en la comunidad de Floridablanca.

ACTIVIDAD PROGRAMADA: Realizar campaña de información en salud mediante un encuentro lúdico a través de uso juego Concentresex dirigido a estudiantes de cuatro instituciones de validación educación para jóvenes y adultos TEMÁTICA: Promoción derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura, prevención de embarazo, servicios amigables, prevención ETS, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a la norma

PROFESIONAL RESPONSABLE: **Profesional Enfermera Gloria Ines Zapata Campos- Leidy Johana Bautista Vargas- Profesional de Psicologia Yisel Tatiana Pinto Estupiñan del programa PIC 2024**

FECHA: 02 de noviembre de 2024 | **LUGAR:** INSTITUTO LA CUMBRE

Número total de personas beneficiadas	Número de personas beneficiadas según enfoque poblacional (por Ciclo de Vida)							Número de personas beneficiadas según enfoque territorial				Número de personas beneficiadas por tipo de población								
	Primera Infancia De 0 a 5 años	Infancia De 6 a 11 años	Adolescencia De 12 a 17 años	Jóvenes De 18 a 28 años	Adulto De 29 a 59 años	Adulto Mayor De 60 o más años	TOTAL	Area Rural	Nombre Vereda(s) beneficiados	Area Urbana	Nombre Barrio(s) beneficiados	Niños, Niñas y Adolescentes (NNA)	Mujeres	Personas con discapacidad	Victimas del conflicto armado	Reintegrados	Migrantes	Población LGTBIQ+	Etnias	TOTAL
FEMENINO	0	0	14	10	0	0	24			X	Municipio de Floridablanca	0	24	0	0	0	2	0	0	2

Número total de personas beneficiadas	Número de personas beneficiadas según enfoque poblacional (por Ciclo de Vida)							Número de personas beneficiadas según enfoque territorial				Número de personas beneficiadas por tipo de población								
	Primera Infancia De 0 a 5 años	Infancia De 6 a 11 años	Adolescencia De 12 a 17 años	Jóvenes De 18 a 28 años	Adulto De 29 a 59 años	Adulto Mayor De 60 o más años	TOTAL	Area Rural	Nombre Vereda(s) beneficiados	Area Urbana	Nombre Barrio(s) beneficiados	Niños, Niñas y Adolescentes (NNA)	Hombres	Personas con discapacidad	Victimas del conflicto armado	Reintegrados	Migrantes	Población LGTBIQ	Etnias	TOTAL
MASCULINO	0	0	16	19	2	0	37			x	Municipio de Floridablanca	0	37	0	0	0	3	0	0	3
TOTAL	61																			

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

COLEGIO ISIDRO CABALLERO

MODALIDAD CLEI

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

ACTA DE CONCERTACION

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

ACTA DE CONCERTACIÓN

Fecha: 22-10-2024 **Hora:** 6:00 pm

Lugar: Sede Isidro Caballero Programa CLEI Nocturno

Programa: Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

Meta Sanitaria del componente o meta de producto: Servicio de gestión del riesgo en temas de salud sexual y reproductiva en la comunidad de Floridablanca.

Actividad Programada: Realizar una campaña de información en salud mediante un encuentro lúdico a través de uso juego Concentresex dirigido a estudiantes de cuatro instituciones de validación educación para jóvenes y adultos TEMÁTICA: Promoción derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura, prevención de embarazo, servicios amigables, prevención ETS, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a norma.

Orden Del día:
- ✓ Saludo de bienvenida
- ✓ Presentación de los asistentes
- ✓ Socializacion de los temas a realizar
- ✓ Metodología a utilizar
- ✓ Establecer fechas y grados a intervenir
- ✓ Definición de compromisos

Desarrollo de la Reunión: Siendo las Siendo las 6:00, entre la coordinacion del Colegio Isidro Caballero Programa CLEI Noche y la Profesional PIC 2024, dan inicio a la reunión para la programacion de un encuentro lúdico dirigido a estudiantes de cuatro **instituciones de validación educación** para jóvenes y adultos TEMÁTICA: Promoción derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura, prevención de embarazo, servicios amigables, prevención ETS, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a norma.

Deacuerdo con lo anterior la profesional del PIC presenta la metodologia a trabajar:

1) Se inicia con saludo de bienvenida y presentación del expositor y temas a tratar.

2) Sondeo inicial: ¿Qué es el embarazo? ¿Cuál creen que es la edad mínima para quedar embarazada? ¿Qué es la gestación? ¿Cuánto dura un embarazo promedio? ¿Conoce algún método para prevenir el embarazo?¿Han oído hablar de los siguientes métodos: preservativos, píldoras anticonceptivas, inyecciones anticonceptivas, DIU? donde los estudiantes podran levantar la mano y dar las respuestas deacuerdo a sus conocimientos.

3) Se realiza socialización con el Rotafolio, sobre: planificación, derechos sexuales y reproductivos, sexualidad responsable, promoviendo la participación de cada alumno

4) Se divide el salón en dos grupos y utilizando el juego CONCENTRESEX, donde cuentan con 36 tarjetas que forman 18 parejas, las cuales contienen temas sobre salud sexual y reproductiva. Los alumnos concursaran por el mayor número de parejas armadas, mientras se socializa los temas Promoción derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura, prevención de embarazo, servicios amigables

5) Cada estudiante podrá participar y despejar dudas durante el juego.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

6) Distribución de preservativos y realización de pruebas rápidas rápidas VIH, HB, SÍFILIS, previa autorización institucional y del estudiante

7) Se agradece la participación durante la actividad a los estudiantes y profesor de clase y se realiza cierre de la actividad.

La institucion establece que la actividad debe ser de la siguiente manera :

Fecha	hora	Grado
6-11-24.	6:00pm	9-10-11.

Se indaga sobre las evidencias fotograficas y el coordinador menciona que no se permiten fotos directas al rostro de los estudiantes, por tal razon firmara autorizacion para el registro fotografico solo de espaldas o con filtros, a fin de proteger laidentidad de los menores. Para la realizacion de las pruebas rapidas, solo se autoriza a los estudiantes mayores de esdad previo consentimiento y atorizacion de cada uno.

Compromisos:

La institucion se compromete a garantizar el espacio academico para trabajar las tematicas mencionadas con los estudiantes.

La profesional del PIC se compromete a cumplir con la agenda programada deacuerdo a lo antes mencionado.

Registro de Asistentes:

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO O DEPENDENCIA	NUMERO DE CEDULA	NUMERO TELEFONO NUMERO CELULAR	FIRMA
Oliver Leon Rodriguez	Coordinador	1354893	3180432723	
Leidy Bautista	PIC 2024	63550610	3222925694	

Alcaldía Municipal de Floridablanca	AUTORIZACIÓN DE USO DE DERECHOS DE IMAGEN SOBRE FOTOGRAFÍAS Y PRODUCCIONES AUDIOVISUALES (VIDEOS)	CÓDIGO:	IC-F-04
		VERSIÓN	00
		FECHA ELAB	07/02/2022
		FECHA APROB	09/02/2022
SECRETARIA LOCAL DE SALUD	PROCESO:	TRD	Código-serie-subserie

Fotografía	X	Audios		Videos		Otros datos personales	

Mediante el presente se autoriza a la Alcaldía Municipal de Floridablanca para que haga el uso y tratamiento de los derechos de imagen para incluirlos en fotografías y/o producciones audiovisuales (videos), así como de los Derechos de Autor, los Derechos Conexos y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

Esta autorización se regirá por las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012; normas legales aplicables y en particular por las siguientes:

- La autorización comprende captar, tomar, almacenar y editar las imágenes para incluirlos en video/fotografía.
- Este video/fotografía podrá ser utilizado con fines educativos e informativos en diferentes escenarios y plataformas (físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza) de la Alcaldía Municipal de Floridablanca.
- Este video/fotografía es sin ánimo de lucro y en ningún momento será utilizado para objetivos distintos. La Alcaldía Municipal de Floridablanca queda exento de cualquier responsabilidad que se pueda derivar de la presente actividad con la firma de la autorización.
- La presente autorización no tiene ningún límite de tiempo para su concesión, ni para explotación de las imágenes, o parte de estas, por lo que mi autorización se considera concedida por un plazo de tiempo ilimitado.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere la Alcaldía Municipal de Floridablanca

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales vigente, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales virtuales o presenciales: página web de la entidad (www.floridablanca.gov.co), o subsidiariamente en las instalaciones de la Alcaldía Municipal de Floridablanca, Calle 5 # 8-25 Casco Antiguo.

Finalmente, manifiesto que el/la profesional encargado de la socialización de este documento, me ha aclarado las dudas que me han surgido de la autorización que estoy aceptando.

Autorización individual

Yo, Oliver Leon Parra, identificado(a) con documento de identidad No. 1354803 de Bga en mi calidad de persona natural autorizo a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, el uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producción audiovisual (videos), así como los patrimoniales de autor y derechos conexos, y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

Firma autorización adulto(s).

Nombre

1354803 Bga

Cédula de ciudadanía

Alcaldía Municipal de Floridablanca	AUTORIZACIÓN DE USO DE DERECHOS DE IMAGEN SOBRE FOTOGRAFÍAS Y PRODUCCIONES AUDIOVISUALES (VIDEOS)	CÓDIGO:	IC-F-04
		VERSIÓN	00
		FECHA ELAB	07/02/2022
		FECHA APROB	09/02/2022
SECRETARIA LOCAL DE SALUD	PROCESO:	TRD	Código-serie-subserie

Autorización menor de edad

Atendiendo al ejercicio de la Patria Potestad, establecido en el Código Civil Colombiano en su artículo 288, el artículo 24 del Decreto 2820 de 1974 y la Ley de Infancia y Adolescencia, autorizo a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, como padre/madre de familia o acudiente del menor de edad: _____, identificado(a) con registro civil ( ) Tarjeta de Identidad ( ) número_____, para que aparezca ante la cámara, en una videograbación o captura de imágenes fotográficas.

Firma autorización para menor(es) de edad.

_____ _____

Nombre del padre/madre de familia o acudiente Cédula de ciudadanía

Autorización grupos

Las personas abajo relacionadas autorizamos a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, el uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producción audiovisual (videos), así como los patrimoniales de autor y derechos conexos, y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO

Para constancia de lo anterior se firma y otorga en la ciudad de Floridablanca, el día 22 del mes Octubre del año 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

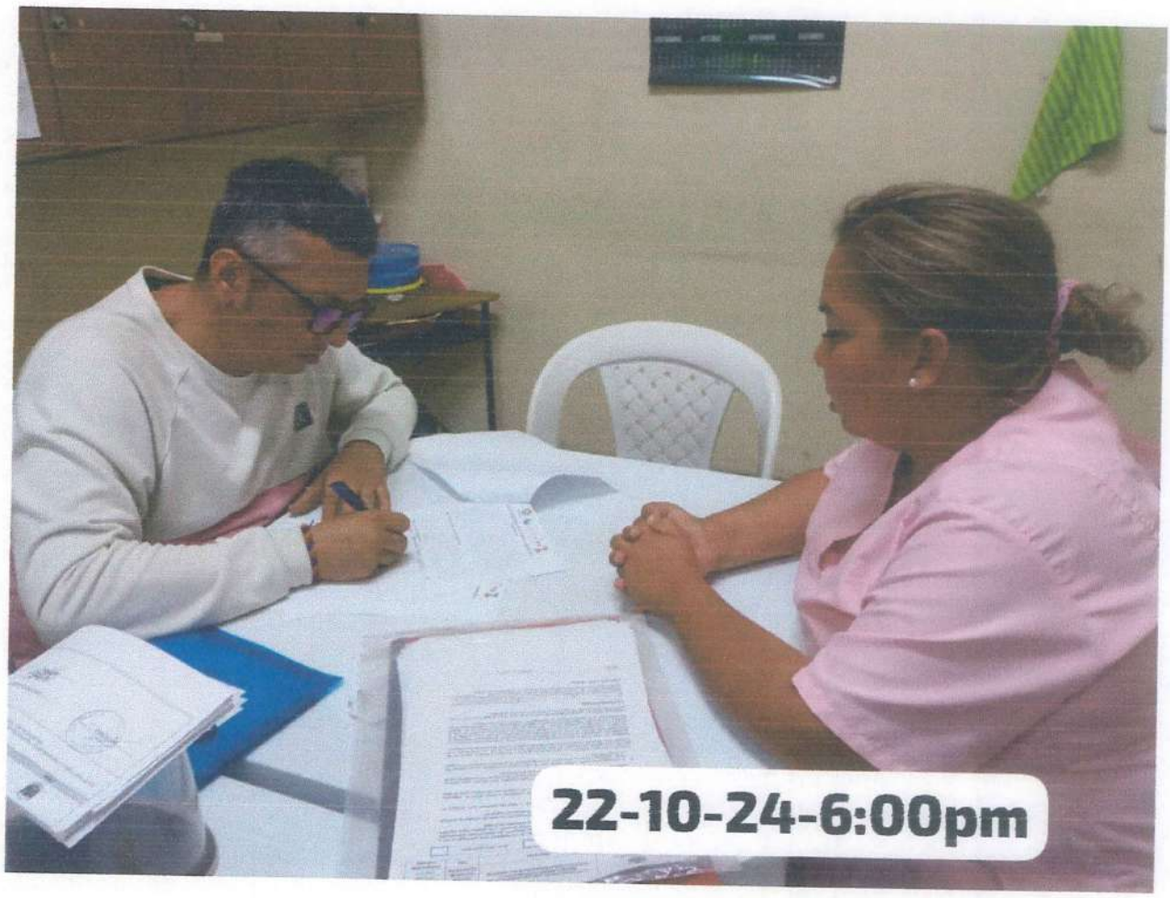
REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 22 DE OCTUBRE de 2024

LUGAR: COLEGIO ISISDRO CABALLERO MODALIDAD CLEI

HORA: 6:00 Pm

DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES REALIZADAS: Concertación para realizar campaña de información en salud mediante un encuentro lúdico a través de uso juego Concentresex dirigido a estudiantes de cuatro instituciones de validación educación para jóvenes y adultos TEMÁTICA: Promoción derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura, prevención de embarazo, servicios amigables, prevención ETS, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a la norma



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

ACTA DE DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

ACTA DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

Fecha: 06-11-2024 **Hora:** 6:00 pm

Lugar: Colegio Isidro Caballero modalidad CLEI

Programa: Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

Meta Sanitaria del componente o meta de producto:

Servicio de gestión del riesgo en temas de salud sexual y reproductiva en la comunidad de Floridablanca.

Actividad Programada:

Realizar una campaña de información en salud mediante un encuentro lúdico a través de uso juego Concentresex dirigido a estudiantes de cuatro instituciones de validación educación para jóvenes y adultos TEMÁTICA: Promoción derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura, prevención de embarazo, servicios amigables, prevención ETS, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a norma

Orden Del día:

Saludo de bienvenida y Presentación de los asistentes
Socialización de los temas a realizar

Desarrollo de la Actividad:

Fecha	hora	Grado
06-11-24	6:00 pm 8:00 pm	9- 10 - 11 Colegio Isidro Caballero

- Los estudiantes participaron en el encuentro lúdico, en el cual jugaron con el concentresex, donde pudieron aprender lúdicamente sobre: 1. Derechos sexuales y reproductivos, 2. Planificación familiar y métodos anticonceptivos, 3. Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes 4. Prevención de enfermedades de transmisión sexual, 5. Prevención de embarazo y maternidad segura y saludable, 6. Ruta de violencia de género.

- Adicionalmente los estudiantes recibieron 130 preservativos deacuerdo a la norma, 10 por persona.

- Se realizaron 13 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS, previa autorización de los estudiantes mayores de edad.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

Material Utilizado Para el Desarrollo de la Actividad:

- Facilitador (Profesional Enfermera y de Psicología del programa PIC)
- Marcadores
- Material bibliográfico sobre Salud sexual y reproductiva.
- Infografía sobre derechos sexuales y reproductivos
- Juego mavex: Concentresex
- Pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS
- preservativos
- Plotters derechos sexuales
- Plotter IVE
- Plotter métodos de planificación
- Parlante
- Computador

Registro Constancia de Ejecución:

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO O DEPENDENCIA	NUMERO DE CEDULA	NUMERO TELEFONO NUMERO CELULAR	FIRMA
Oscar Fernando Rodriguez	Coordinador	1354883	3188432723	
Leidy Bautista	PIC 2024	63535640	3229256 54	Leidy B

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

SOPORTE DE ENTREGA DE PRESERVATIVOS

Versión_ 02_ 2021

FORM 1A.

FORM 1A. REGISTRO DE PARTICIPANTES EN ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Número formulario colectivo

La salud es de todos — Minsalud

1.1 Fecha (AAAA/MM/DD) 24 | 11 | 06

1.2. Departamento Santander | 1.5. Tipo de lugar: | 1.6. Nombre del lugar: Isidro Caballero CLEI

1.3. Municipio Floridablanca | 1.7. Nombre de la organización/ institución Isidro Caballero

1.4. Barrio de la actividad Zapamanga I Etapa | 1.8. Localidad/comuna de la actividad

Consecutivo	Nombres	Apellidos	Tipo de documento	Documento de identidad	Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD)	Sexo al nacer: Hombre	Sexo al nacer: Mujer	Régimen	Nombre EPS	Grupo poblacional	Recibió paquetes: SI	Recibió paquetes: NO	Cantidad de paquetes	Cantidad de condones	Aceptó asesoría individual para las pruebas de tamizaje: SI	Aceptó asesoría individual para las pruebas de tamizaje: NO	Sintomático respiratorio: SI	Sintomático respiratorio: NO	Canalizado: Salud	Canalizado: Servicios sociales	Canalizado: Vacunación Hepatitis B	Canalizado: Otro	Canalizado: Ninguno	Firma de quién recibe	Observaciones
1	Oliver	Jean C	CC	1054[illegible]1998	10-10-98	X			Asmet salud		X		10		X			X						Oliver Jean	
2	Laura T	Ayana	CC	1091619852	2006 810		X		N EPS		X		10		X			X						Laura Reyna	
3	Edwin G	Cifuentes	CC	1[illegible]3	2008/07/2	X			Sisben		X		10		X			X						Edwin V.	
4	Angie	Pinzon	CC	1077[illegible]	2005-34		X		N EPS		X		10		X			X						angie p	
5	Nerby	Rodriguez	CC	1077[illegible]	2006-12-4		X		Sisben		X		10		X			X						Nerby	
6	Andrea	Duran F	CC	1005[illegible]	2006-12-4		X		N EPS		X		10		X			X							
7	Andres F	Ibañez	CC	1017[illegible]	2006-12-4	X			N EPS		X		10		X			X						Andres	
8	Laura S	Perez	CC	1[illegible]	2006/12/4		X		N EPS		X		10		X			X						Laura S	
9	Jose A	Vega S	CC	1043[illegible]	2006-12-4	X			N EPS		X		10		X			X						Jose A Vega	
10	Nicolás	Solano	CC	1[illegible]	2006-12-4	X			N EPS		X		10		X			X						Nicolás	

Tipo de documento: RC: registro civil, TI: tarjeta de identidad, CC: cédula de ciudadanía, PA: pasaporte, CE: cédula de extranjería, DNI: Documento Nacional de Identificación, PEP: Permiso Especial de Permanencia, SD: sin documento, utilice esta opción solo cuando la persona no cuente con documento de identidad o no desea suministrarlo. **Documento de identidad:** registre el número del documento de identidad de quien recibe el paquete de servicios, en caso de no contar con identificación ingrese la fecha de nacimiento para la construcción del código único. Para personas inmigrantes registre el número de documento antecedido del código del país (ejemplo: VEN, BRA, PFR, MEX, ARG) definido en la circular 029 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social. **Régimen:** incluya en la casilla la letra del régimen al que se encuentra afiliado el participante, según corresponda C: contributivo, S: subsidiado, E: especial, Excepción o INPEC, N: no asegurado. **Nombre EPS:** registre el nombre de la Aseguradora en salud. **Población clave/prioritaria:** Incluya en la casilla la(s) letra(s) del grupo(s) al que corresponde el participante, si pertenece a más de un grupo separe con (,) comas: HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, TRANS: personas transgénero, TS: Trabajadores sexuales, HC: habitante de calle, PPL: población privada de la libertad, SPA: consumidores de sustancias psicoactivas, D: desmovilizado certificado por el Comité Operativo para la Dejación de las Armas (CODA), TB: población con Tuberculosis, ITS: población con diagnóstico de infecciones de transmisión sexual, GE: gestantes, L: Lesbiana, B: bisexual, INM: Inmigrante, IN: indígena, VC: Víctima del conflicto armado, GR: Población General, utilice esta opción para otros grupos poblacionales diferentes a los anteriores. **Recibió paquete:** marque con una X en la casilla "SI" cuando haya recibido un paquete de prevención establecido por la Entidad Territorial o Institución. **Cantidad de paquetes:** escriba el número de paquetes entregados al usuario. **Cantidad de condones:** Especifique el número de condones incluidos en el paquete de servicios de prevención. Tenga en cuenta que es posible la entrega de condones de forma individual o a través de paquetes, este detalle debe ser incluido al respaldo de la hoja, en la casilla "temas y descripción de la actividad", donde adicionalmente debe incluir: nombre de la actividad, temas abordados, cantidad de líderes que coordinaron el evento, hora de inicio y final y qué incluye el paquete. **Aceptó asesoría individual para prueba de tamizaje:** marque con una X la casilla **"SI"** en el caso de aprobar la asesoría individual para prueba de tamizaje VIH, y/o sífilis y/o Hepatitis B-C. **Sintomático respiratorio:** marque X en la casilla **"SI"**, si el usuario presenta tos, fiebre, pérdida de peso, sudoración nocturna. **Canalizado:** marque con X la opción "ninguno" si el participante no requiere canalización, en caso contrario seleccione la opción del servicio al que debe direccionarse. Si selecciona otro, realice la aclaración del servicio en OBSERVACIONES.

Versión_ 02_ 2021

FORM 1A.

FORM 1A. REGISTRO DE PARTICIPANTES EN ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Número formulario colectivo

La salud es de todos — Minsalud

1.1 Fecha (AAAA/MM/DD) 2024 | 11 | 06

1.2. Departamento Santander | 1.5. Tipo de lugar: | 1.6. Nombre del lugar: Diosdado Caballero

1.3. Municipio Floridablanca | 1.7. Nombre de la organización/ institución

1.4. Barrio de la actividad Tafamanga | 1.8. Localidad/comuna de la actividad

Consecutivo	Nombres	Apellidos	Tipo de documento	Documento de identidad	Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD)	Sexo al nacer: Hombre	Sexo al nacer: Mujer	Régimen	Nombre EPS	Grupo poblacional	Recibió paquetes: SI	Recibió paquetes: NO	Cantidad de paquetes	Cantidad de condones	Aceptó asesoría individual para las pruebas de tamizaje: SI	Aceptó asesoría individual para las pruebas de tamizaje: NO	Sintomático respiratorio: SI	Sintomático respiratorio: NO	Canalizado: Salud	Canalizado: Servicios sociales	Canalizado: Vacunación Hepatitis B	Canalizado: Otro	Canalizado: Ninguno	Firma de quién recibe	Observaciones
1	Carolina	Amek	CC	1098632460	2006-12-8	X			N.EPS		X			10	X			X						Carolina A	
2	Maria	Nieves	CC	1098749518	2005-12-8	X			N EPS		X			10	X			X							
3	Ana Sofia	Rincon	CC	1004744448	2003-12-8	X			N (P.)		X			10	X			X							
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									

Tipo de documento: RC: registro civil, TI: tarjeta de identidad, CC: cédula de ciudadanía, PA: pasaporte, CE: cédula de extranjería, DNI: Documento Nacional de Identificación, PEP: Permiso Especial de Permanencia, SD: sin documento, utilice esta opción solo cuando la persona no cuente con documento de identidad o no desea suministrarlo. **Documento de identidad:** registre el número del documento de identidad de quien recibe el paquete de servicios, en caso de no contar con identificación ingrese la fecha de nacimiento para la construcción del código único. Para personas inmigrantes registre el número de documento antecedido del código del país (ejemplo: VEN, BRA, PER, MEX, ARG) definido en la circular 029 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social. **Régimen:** incluya en la casilla la letra del régimen al que se encuentra afiliado el participante, según corresponda C: contributivo, S: subsidiado, E: especial, Excepción e INPEC, N: no asegurado. **Nombre EPS:** registre el nombre de la Aseguradora en salud. **Población clave/prioritaria:** incluya en la casilla la(s) letra(s) del grupo(s) al que corresponde el participante, si pertenece a más de un grupo separe con (,) comas: HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, TRANS: personas transgénero, TS: Trabajadores sexuales, HC: habitante de calle, PPL: población privada de la libertad, SPA: consumidores de sustancias psicoactivas, D: desmovilizado certificado por el Comité Operativo para la Dejación de las Armas (CODA), TB: población con Tuberculosis, ITS: población con diagnóstico de infecciones de transmisión sexual, GE: gestantes, L: Lesbiana, B: bisexual, INM: Inmigrante, IN: indígena, VC: Víctima del conflicto armado, GR: Población General, utilice esta opción para otros grupos poblacionales diferentes a los anteriores. **Recibió paquete:** marque con una X en la casilla "SI" cuando haya recibido un paquete de prevención establecido por la Entidad Territorial o Institución. **Cantidad de paquetes:** escriba el número de paquetes entregados al usuario. **Cantidad de condones:** Especifique el número de condones incluidos en el paquete de servicios de prevención. Tenga en cuenta que es posible la entrega de condones de forma individual o a través de paquetes, este detalle debe ser incluido al respaldo de la hoja, en la casilla "temas y descripción de la actividad", donde adicionalmente debe incluir: nombre de la actividad, temas abordados, cantidad de líderes que coordinaron el evento, hora de inicio y final y qué incluye el paquete. **Aceptó asesoría individual para prueba de tamizaje:** marque con una X la casilla "SI" en el caso de aprobar la asesoría individual para prueba de tamizaje VIH, y/o sífilis y/o Hepatitis B-C. **Sintomático respiratorio:** marque X en la casilla "SI", si el usuario presenta tos, fiebre, pérdida de peso, sudoración nocturna. **Canalizado:** marque con X la opción "ninguno" si el participante no requiere canalización, en caso contrario seleccione la opción del servicio al que debe direccionarse. Si selecciona otro, realice la aclaración del servicio en OBSERVACIONES.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

APLICACIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS VIH, HB, SÍFILIS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo NIKOLAS SOLANO T identificado(a) con [illegible] No. 1040028303 de _____ certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado,que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

SI acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH ( ) Sífilis (X) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI (X) NO ( )** y autorizo **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la Institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 06 del mes de 11 del año 24

NIKOLAS SOLANO

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: NICOLAS Solano
Tipo y número de identificación: 1040028303

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: _____
Tipo y número de identificación: _____

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ____/____/____

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ____/____/____

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código
[illegible]	[illegible]	

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Jose Alexander Vejar S identificado(a) con
No. 1093306642 de Bolivar certifico que he leido o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado,que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

SI acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )** y autorizo **SI ( ) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la Institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el dia 06 del mes de 11 del año 24.

Jose Alexander Vejar S	
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	**FIRMA DEL ASESOR**
Nombre y Apellido: Jose A Vejar	**Nombre y Apellido:** [illegible]
Tipo y número de identificación: 1093306642	**Tipo y número de identificación:** [illegible]

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado ____/____/____

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado ____/____/____

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Andres Felipe Ibañez identificado(a) con C
No. 1094134371 de _____ certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

SI acepto ( ) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH ( ) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI ( ) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI (X) NO ( )** y autorizo **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 06 del mes de 11 del año 24

Andres Felipe T

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Andres Felipe Ib	Nombre y Apellido: Jeidy Bautista
Tipo y número de identificación: C 1094134371	Tipo y número de identificación: CC 63550640

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápica y entrega de resultado: ___ ___ ___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ___ ___ ___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Andrea Duran identificado(a) con 1005102940
No. C de Bogotá certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

SI acepto ( ) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: ◯ VIH ◯ Sífilis ◯ Hepatitis B ◯ Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI ( ) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI ( ) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )** y autorizo **SI ( ) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la Institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 07 del mes de 11 del año 24

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Andrea Duran	Nombre y Apellido:
Tipo y número de identificación: 1005102940	Tipo y número de identificación:

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado ___/___/___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
◯ VIH	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos			
◯ Sífilis	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos			
◯ Hepatitis B	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Antígenos			
◯ Hepatitis C	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado ___/___/___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
◯ VIH	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código
Andrea Duran		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Meibol Pertuz identificado(a) con 1.934.597 No. _____ de _____ certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

Si acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH ( ) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI ( ) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )**
y autorizo **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la Institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 12 del mes de 11 del año 24

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Meibol Pertuz	Nombre y Apellido:
Tipo y número de identificación: 1934597	Tipo y número de identificación:

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ___ ___ ___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ___ ___ ___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demas normas aplicables.

Yo Edwin Cubaque identificado(a) con
No. 1017219471 de certifico que he leido o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado,que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

Si acepto ( ) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )**
y autorizo **SI ( ) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____.
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 08 del mes de 11 del año 24

Edwin Cubaque

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Edwin Cubaque
Tipo y número de identificación: Cedula 1017219471

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Jenny Bautista
Tipo y número de identificación: CC 53100694

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida y entrega de resultado

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antigenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antigenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha prueba rápida y entrega de resultado

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antigenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código
Jenny Bautista		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Laura Pasquina identificado(a) con

No. 1096196552 (de) certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

Si acepto (X) **NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida:** (X) VIH ( ) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI** (X) **NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.

SI (X) **NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.**

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )** y autorizo **SI ( ) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 06 del mes de 11 del año 202

Laura Pasquina

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Laura Pasquina
Tipo y número de identificación: 1096196552

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido:
Tipo y número de identificación:

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Oliver Jean Rean identificado(a) con
No. de certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

SI acepto ( ) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: ◯ VIH ◯ Sífilis ◯ Hepatitis B ◯ Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI ( ) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI ( ) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )** y autorizo **SI ( ) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la Institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____.
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 06 del mes de 11 del año 24.

Oliver Jean R

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Oliver Rean
Tipo y número de identificación: DI44603

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido:
Tipo y número de identificación: 03.306

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
◯ VIH	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos			
◯ Sífilis	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos			
◯ Hepatitis B	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Antígenos			
◯ Hepatitis C	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
◯ VIH	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Angie Pinzon identificado(a) con CC No. 1020 de certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento informado,que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

SI acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.

SI ( ) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI ( ) NO ( )** y autorizo **SI ( ) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 0 del mes de 11 del año 24

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Angie Pinzon	Nombre y Apellido:
Tipo y número de identificación:	Tipo y número de identificación: CEDULA

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida y entrega de resultado

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha prueba rápida y entrega de resultado

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Laura Sofia Perez identificado(a) con CC No. 1065[illegible] de _____ certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

Si acepto ( ) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.

SI (X) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI (X) NO ( )** y autorizo **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la Institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 20 del mes de 11 del año 24

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	**FIRMA DEL ASESOR**
Nombre y Apellido: Laura S Perez	**Nombre y Apellido:** [illegible]
Tipo y número de identificación: 1065[illegible]	**Tipo y número de identificación:** [illegible]

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ___/___/___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ___/___/___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código
[illegible]	[illegible]	

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Janet Gutierrez identificado(a) con CC
No. 1095799392 de Bloom certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

SI acepto (✓) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (✓) VIH (✓) Sífilis (✓) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (✓) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI (✓) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI (✓) NO ( )** y autorizo **SI (✓) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____.
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fuí notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día _____ del mes de _____ del año _____.

Janet Gutierrez

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Janet Gutierrez
Tipo y número de identificación: 1095799392

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: _____
Tipo y número de identificación: _____

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ____/____/____

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
◯ VIH	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos			
◯ Sífilis	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos			
◯ Hepatitis B	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Antígenos			
◯ Hepatitis C	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ____/____/____

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
◯ VIH	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Rosalba Ortiz identificado(a) con CC No. 32282127 de Bogotá certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

SI acepto (x) **NO acepto** ( ) **la realización de la prueba rápida:** (x) VIH (x) Sífilis (x) Hepatitis B (x) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI** ( ) **NO** ( )

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.

SI (x) **NO** ( ) **acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.**

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI** (x) **NO** ( )
y autorizo **SI** (x) **NO** ( ) que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día _____ del mes de _____ del año _____.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Rosalba Ortiz	Nombre y Apellido:
Tipo y número de identificación: 32282127	Tipo y número de identificación:

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ___/___/___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos			
○ Sífilis	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos			
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Antígenos			
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ___/___/___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Francelys Velasquez identificado(a) con C.C
No. 34153916 de Maicao certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

SI acepto (✓) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (✓) VIH (✓) Sífilis (✓) Hepatitis B (✓) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI ( ) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI (✓) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI (✓) NO ( )** y autorizo **SI (✓) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____.
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día ____ del mes de _____ del año _____.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Francelys Velasquez	Nombre y Apellido:
Tipo y número de identificación: 34153916	Tipo y número de identificación:

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ____/____/____

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos			
○ Sífilis	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos			
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Antígenos			
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: ____/____/____

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

REGISTRO FOTOGRAFICO FECHA Y HORA DE EVIDENCIA CON CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA INSTITUCION.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

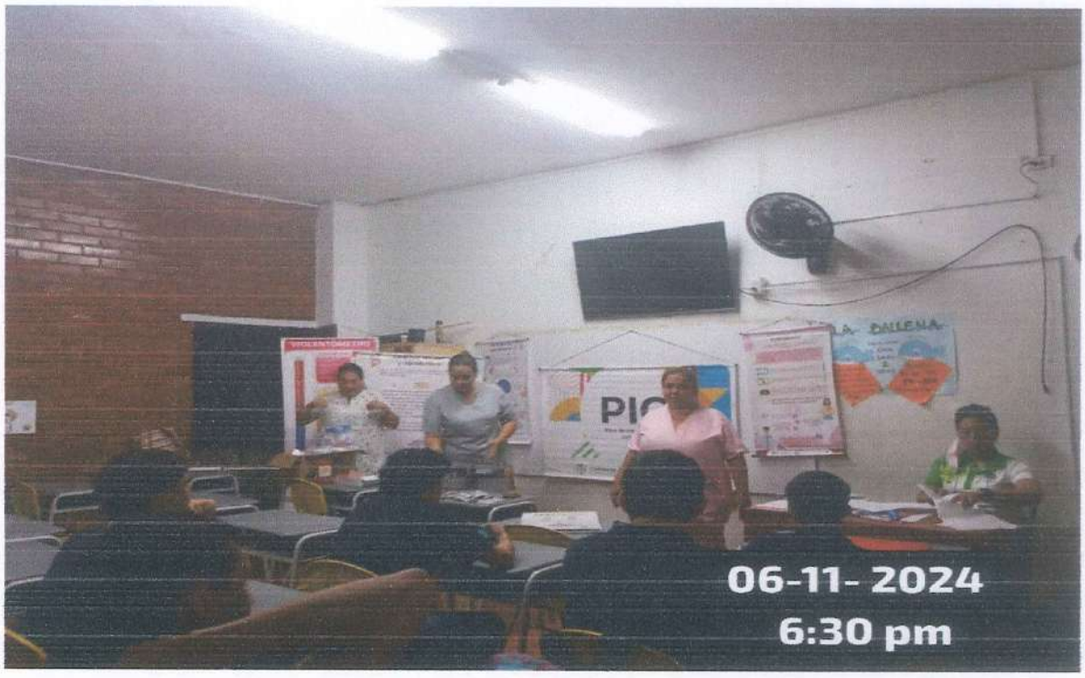
REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 06 de noviembre de 2024

LUGAR: COLEGIO ISISDRO CABALLERO MODALIDAD CLEI

HORA: 6:00 Pm a 8:00 pm

DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES REALIZADAS: Realizar campaña de información en salud mediante un encuentro lúdico a través de uso juego Concentresex dirigido a estudiantes de cuatro instituciones de validación educación para jóvenes y adultos TEMÁTICA: Promoción derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura, prevención de embarazo, servicios amigables, prevención ETS, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a la norma





Alcaldía Municipal de Floridablanca	AUTORIZACIÓN DE USO DE DERECHOS DE IMAGEN SOBRE FOTOGRAFÍAS Y PRODUCCIONES AUDIOVISUALES (VIDEOS)	CÓDIGO:	IC-F-04
		VERSIÓN	00
		FECHA ELAB	07/02/2022
		FECHA APROB	09/02/2022
SECRETARIA LOCAL DE SALUD	PROCESO:	TRD	Código-serie-subserie

Fotografía		Audios		Videos		Otros datos personales	

Mediante el presente se autoriza a la Alcaldía Municipal de Floridablanca para que haga el uso y tratamiento de los derechos de imagen para incluirlos en fotografías y/o producciones audiovisuales (videos), así como de los Derechos de Autor, los Derechos Conexos y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

Esta autorización se regirá por las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012; normas legales aplicables y en particular por las siguientes:

- La autorización comprende captar, tomar, almacenar y editar las imágenes para incluirlos en video/fotografía.
- Este video/fotografía podrá ser utilizado con fines educativos e informativos en diferentes escenarios y plataformas (físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza) de la Alcaldía Municipal de Floridablanca.
- Este video/fotografía es sin ánimo de lucro y en ningún momento será utilizado para objetivos distintos. La Alcaldía Municipal de Floridablanca queda exento de cualquier responsabilidad que se pueda derivar de la presente actividad con la firma de la autorización.
- La presente autorización no tiene ningún límite de tiempo para su concesión, ni para explotación de las imágenes, o parte de estas, por lo que mi autorización se considera concedida por un plazo de tiempo ilimitado.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere la Alcaldía Municipal de Floridablanca

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales vigente, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales virtuales o presenciales: página web de la entidad (www.floridablanca.gov.co), o subsidiariamente en las instalaciones de la Alcaldía Municipal de Floridablanca, Calle 5 # 8-25 Casco Antiguo.

Finalmente, manifiesto que el/la profesional encargado de la socialización de este documento, me ha aclarado las dudas que me han surgido de la autorización que estoy aceptando.

Autorización individual

Yo, Oliver Jean Rolando, identificado(a) con documento de identidad No. 1354803 de Bucaramanga en mi calidad de persona natural autorizo a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, el uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producción audiovisual (videos), así como los patrimoniales de autor y derechos conexos, y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

Firma autorización adulto(s).

Nombre

1354803 Bucaramanga

Cédula de ciudadanía

Alcaldía Municipal de Floridablanca	AUTORIZACIÓN DE USO DE DERECHOS DE IMAGEN SOBRE FOTOGRAFÍAS Y PRODUCCIONES AUDIOVISUALES (VIDEOS)	CÓDIGO:	IC-F-04
		VERSIÓN	00
		FECHA ELAB	07/02/2022
		FECHA APROB	09/02/2022
SECRETARIA LOCAL DE SALUD	PROCESO:	TRD	Código-serie-subserie

Autorización menor de edad

Atendiendo al ejercicio de la Patria Potestad, establecido en el Código Civil Colombiano en su artículo 288, el artículo 24 del Decreto 2820 de 1974 y la Ley de Infancia y Adolescencia, autorizo a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, como padre/madre de familia o acudiente del menor de edad: Oliver Pacheco, identificado(a) con registro civil ( ) Tarjeta de Identidad ( ) número 1354803, para que aparezca ante la cámara, en una videograbación o captura de imágenes fotográficas.

Firma autorización para menor(es) de edad.

Nombre del padre/madre de familia o acudiente

1354803 Bucaramanga
Cédula de ciudadanía

Autorización grupos

Las personas abajo relacionadas autorizamos a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, el uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producción audiovisual (videos), así como los patrimoniales de autor y derechos conexos, y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO

Para constancia de lo anterior se firma y otorga en la ciudad de Floridablanca, el día 6 del mes Noviembre del año 2023

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

CERTIFICADO DE ACTIVIDAD

EL INSTITUTO ISIDRO CABALLERO DELGADO SEDE D
PROGRAMA NOCTURNO CLEI

HACE CONSTAR

Que, desde el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC 2024) de la ESE Clínica Guane, se realizó una una campaña de información en salud mediante un encuentro lúdico a través de uso juego Concentresex dirigido a estudiantes jóvenes y adultos con la temática: Promoción derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura, prevención de embarazo, servicios amigables, prevención ETS, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a norma, el día 06 del mes de noviembre de 2024, donde se trabajaron temas de programa Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos:

Como resultado, se logró intervenir a un total de 34 estudiantes, con la siguiente Caracterización poblacional:

Adolescencia de 12 a 17 años	Jóvenes De 18 a 28 años	Adulto De 29 a 59 años	Adulto Mayor De 60 o más años	MASCULINO	FEMENINO	OTRO
12	20	2		22	12	

Población	Personas con discapacidad	Victima conflicto armado	Reintegrado	Migrante	LGTBIQ	Etnia
MASCULINA						
FEMENINA						

Se da constancia en Floridablanca a los 06 días del mes de noviembre del año 2024

Firma: _____
Nombre: Olivar León Rodríguez
Cargo: Coordinador

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

FORMATO POBLACIONAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

JUEGO CONCENTRESEX



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

CONSOLIDADO DIFERENCIAL POBLACIÓN GENERAL

PROGRAMA: Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

META DE PRODUCTO: Servicio de promoción de la salud en temas de salud sexual y reproductiva en la comunidad de Floridablanca.

ACTIVIDAD PROGRAMADA: Realizar campaña de información en salud mediante un encuentro lúdico a través de uso juego Concentresex dirigido a estudiantes de cuatro instituciones de validación educación para jóvenes y adultos TEMÁTICA: Promoción derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura, prevención de embarazo, servicios amigables, prevención ETS, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a la norma

PROFESIONAL RESPONSABLE: Profesional Enfermera Gloria Ines Zapata Campos- Leidy Johana Bautista Vargas- Profesional de Psicología Yisel Tatiana Pinto Estupiñan del programa PIC 2024

FECHA: 06 de noviembre de 2024

LUGAR: INSTITUTO ISIDRO CABALLERO PROGRAMA NOCTURNO

Número total de personas beneficiadas	Número de personas beneficiadas según enfoque poblacional (por Ciclo de Vida)							Número de personas beneficiadas según enfoque territorial				Número de personas beneficiadas por tipo de población								
	Primera Infancia De 0 a 5 años	Infancia De 6 a 11 años	Adolescencia De 12 a 17 años	Jóvenes De 18 a 28 años	Adulto De 29 a 59 años	Adulto Mayor De 60 o más años	TOTAL	Area Rural	Nombre Vereda(s) beneficiados	Area Urbana	Nombre Barrio(s) beneficiados	Niños, Niñas y Adolescentes (NNA)	Mujeres	Personas con discapacidad	Victimas del conflicto armado	Reintegrados	Migrantes	Población LGTBIQ+	Etnias	TOTAL
FEMENINO	0	0	6	5	1	0	12			X	Municipio de Floridablanca	0	12	0	0	0	0	0	0	0

Número total de personas beneficiadas	Número de personas beneficiadas según enfoque poblacional (por Ciclo de Vida)							Número de personas beneficiadas según enfoque territorial				Número de personas beneficiadas por tipo de población								
	Primera Infancia De 0 a 5 años	Infancia De 6 a 11 años	Adolescencia De 12 a 17 años	Jóvenes De 18 a 28 años	Adulto De 29 a 59 años	Adulto Mayor De 60 o más años	TOTAL	Area Rural	Nombre Vereda(s) beneficiados	Area Urbana	Nombre Barrio(s) beneficiados	Niños, Niñas y Adolescentes (NNA)	Hombres	Personas con discapacidad	Victimas del conflicto armado	Reintegrados	Migrantes	Población LGTBIQ	Etnias	TOTAL
MASCULINO	0	0	6	15	1	0	22			X	Municipio de Floridablanca	0	22	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	34																			

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

SOPORTE MATERIAL DE APOYO UTILIZADO EN EL DESARROLLO ACTIVIDAD



Violencia de genero

Línea departamental 6910980

¿QUIÉN PUEDE ACTIVAR LA RUTA O DENUNCIA?

- Cualquier institución o unidad privada
- La víctima o cualquier ciudadano

¿QUÉ SE DENUNCIA?

Cualquier acción u omisión que cause daño, sufrimiento o la misma muerte.

TIPOS DE VIOLENCIA

PSICOLÓGICA

Afecta autoestima, incluye malos tratos ofensas y humillaciones.



SEXUAL

Acción de obligar a mantener contacto físico sexual que anulen o limiten la voluntad personal.

ECONÓMICA

Limitacion de los recursos económicos y patrimoniales de las mujeres.

FÍSICA

Basada en castigos, golpes, lesiones con objetos y líquidos o la muerte.

GINECO-OBSTRETICA

Maltrato a las mujeres embarazadas y limitación para recibir servicios de salud gineco-obstéticos de calidad

INSTITUCIONES A LAS CUALES PUEDES ACUDIR

Comisaria de familia:
316 470 8108

Policía Nacional:
Unidad Purpura: Línea 155

Fiscalía General de la Nación:
Línea 122

Entidades de salud:
De acuerdo a su entidad prestadora de salud.

GUANE PIC

VIOLENCIA DE GENERO:
https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Derechos-de-las-victimas-de-violencias-de-genero.aspx

Infecciones de transmisión sexual (ITS)

¿Cuál es la causa de las ITS?

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) como:

- LA SÍFILIS
- GONORREA
- CLAMIDIA
- TRICHOMONA
- HEPATITIS B
- HERPES
- VPH -VIRUS PAPILOMA HUMANO
- VIH/SIDA

Son causadas por microorganismos que entran al cuerpo durante el contacto sexual no protegido, relaciones sexuales penetrativas a vagina, ano o boca, también se pueden transmitir por la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringas u otros instrumentos corto-punzantes.

En algunos casos la madre puede transmitir la infección a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia.

Las ITS, afectan a mujeres como a hombres de cualquier edad y condición, que se expongan a estas infecciones.

Tips de prevención de las ITS



Hacerse las pruebas diagnósticas, para detectarlas y manejarlas oportunamente.

El uso correcto del condón masculino o femenino.

Aplicación de la vacunas contra Hepatitis B y el virus del papiloma humano (VPH).



Vacuna contra Hepatitis B: Son 3 dosis de aplicación a partir de los 18 años, después de la dosis inicial, la segunda debe ser al mes y la tercera a los 2 meses.



Vacuna contra VPH: Dosis Unica niños y niñas de 9-17 años 11 meses y 29 dias

¡RECUERDA!

Las ITS transmitidas por virus no tienen cura (VIH, hepatitis B, herpes, papiloma), pero existen tratamientos farmacológicos que pueden cambiar el curso de la enfermedad.



GOBIERNO DE FLORIDABLANCA

GUANE

PIC

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

El aborto inseguro es una de las principales causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad materna y a la vez, es la causa con una mayor posibilidad de ser intervenida.

En mayo de 2.006, la Corte Constitucional de Colombia declara inconstitucional la prohibición absoluta del aborto, por cuanto se constituye en una violación a los derechos fundamentales de las mujeres y emite la Sentencia C-355 estableciendo el derecho de todas las mujeres dentro del territorio nacional a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) dentro de tres causales especificas.



Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificado por un médico.



Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico



Cuando el embarazo sea resultado de una conducta, debidamente denunciada, por acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de ovulo fecundado no consentidas, o de incesto.

¿CÓMO ACCEDER A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO?



1. Acudir a cita con el medico de su IPS y solicitar la IVE.
2. La EPS tiene un limite menor a 8 dias para dar respuesta sobre la atencion del procedimiento.
3. La IPS y la EPS, garantizan confidencialidad y proteccion a la paciente, libre de señalamientos y prejuicios.



Toda mujer mayor de 14 años tiene derecho a acceder a la IVE, sin ser juzgada o discriminada.

Despenalización del aborto: https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/sxr/Paginas/Despenalizacion-del-aborto.aspx
Prevención del aborto inseguro / Interrupción voluntaria del embarazo (IVE): https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/sxr/Paginas/interrupcion-voluntaria-embarazo.aspx

Derechos sexuales y reproductivos

Una de las claves de una vida feliz y saludable es el disfrute de nuestra sexualidad y la toma de decisiones libres e informadas sobre nuestro cuerpo.

DERECHOS SEXUALES

- Fortalecer autonomía y autoestima en sexualidad.
- Disfrutar de vida sexual placentera.
- Vivir sexualidad libre de violencia.
- Libre Elección de parejas sexuales.
- Relaciones sexuales consensuadas.
- Libertad en inicio y forma de vida sexual.
- Decisión sobre uniones.
- Expresión libre de orientación sexual e identidad de género.
- Prevención de ITS y embarazos no deseados.
- Acceso a servicios de salud sexual sin discriminación.
- Educación integral para sexualidad a lo largo de la vida.



DERECHOS REPRODUCTIVOS



- Decisión libre sin discriminación o violencia en reproducción.
- Elección de tener hijos o no.
- Determinar cantidad de hijos y espaciado entre embarazos.
- Elección libre de tipo de familia.
- Maternidad con equidad en familia, educación y trabajo.
- Acceso a anticoncepción, incluida la de emergencia.
- Servicios integrales de salud para maternidad segura.
- Beneficios de avances científicos en salud reproductiva.
- Información para prevenir embarazos no deseados y acceder a anticoncepción postparto o postaborto.
- Acceso seguro a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), conforme a la Sentencia C-055 de 2022.





PROFAMILIA: https://profamilia.org.co/aprende/cuerpo-sexualidad/derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos/
Derechos sexuales: https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/sexualidad-derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos.aspx

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

INFORME FINAL CON EVALUACIÓN DE IMPACTO Y ENFOQUE DIFERENCIAL.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

INFORME FINAL DE LA ACTIVIDAD REALIZADA

1. INTRODUCCIÓN:

Con el objetivo de fomentar la salud sexual y reproductiva, se realizó una campaña de información en salud mediante un encuentro lúdico a través de uso juego Concentresex dirigido a estudiantes de cuatro instituciones de validación educación para jóvenes y adultos, en la cual se pretendía: Brindar información precisa y actualizada sobre salud sexual y reproductiva, Promover la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y embarazos no planeados, Fomentar la igualdad de género y respeto a la diversidad, Ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva accesibles y confidenciales.

La campaña de información en salud mediante la feria saludable realizada en la (Fundación Educativa De Colombia FUNDECOL-Instituto la Cumbre Modalidad CLEI-Colegio Integrado los Andes – CIANDES-Colegio Isidro Caballero Modalidad CLEI, fue un éxito en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura y prevención de enfermedades entre los estudiantes.

La educación sobre salud sexual y reproductiva enfocada a la prevención del embarazo No planeado y a temprana edad, en la población educativa, permite a los estudiantes orientar su proyecto de vida con autonomía y con el conocimiento de los derechos con los que cuenta para la garantía de acceso oportuno y con calidad a los métodos de planificación e Interrupción Voluntaria del Embarazo desde su IPS. Lo anterior si tiene en cuenta que los embarazos en la adolescencia en Colombia siguen siendo una preocupación debido al riesgo biopsicosocial a los que se ven expuestos los adolescentes.

Es importante citar que en Colombia a partir del año 2022 con la Sentencia C-055 se despenalizó el aborto hasta la semana 24 de gestación, pero si el embarazo supera las 24 semanas de gestación, la normatividad vigente permitirá acceder a una interrupción voluntaria del embarazo, únicamente si se cumple alguna de las tres causales contempladas en la Sentencia C-355 de 2006. (a) Cuando peligra la vida o la salud de la madre, b) Cuando se presenta malformación del feto incompatible con la vida, c) Cuando el embarazo es producto de abuso, violación, incesto, transferencia de óvulo o inseminación no consentida.)

Dando continuidad a la formación en temas de prevención y autocuidado, es importante hacer énfasis en la prevención de la trata de blancas, los adolescentes son presa fácil de los depredadores que se esconden tras ofertas laborales llamativas y redes sociales con perfiles falsos y actualmente el acceso a las plataformas digitales es muy fácil.

2. IMPACTO GENERADO EN LA ACTIVIDAD:

En el desarrollo de la actividad: un encuentro lúdico a través de uso juego Concentresex dirigido a estudiantes de cuatro instituciones de validación educación para jóvenes y adultos TEMÁTICA: Promoción derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura, prevención de embarazo, servicios amigables, prevención ETS, se realiza entrega de 500 preservativos de acuerdo a la norma y se hizo aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Durante la actividad se impactó un total de 194 estudiantes caracterizados así:

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

INFORME FINAL DE LA ACTIVIDAD REALIZADA

CONSOLIDADO DIFERENCIAL		ESTUDIANTES	
		FEMENINO	MASCULINO
Número de personas beneficiadas según enfoque poblacional (por Ciclo de Vida)	Adolescencia De 12 a 17 años	52	63
	Jóvenes De 18 a 28 años	19	56
	Adulto De 29 a 59 años	1	3
	Adulto Mayor De 60 o más años	0	0
	TOTAL	**72**	**122**
Número de personas beneficiadas por tipo de población	Población LGTBIQ	3	0
	Víctimas del conflicto armado	1	1
	Migrante	3	4
Número de personas beneficiadas según enfoque territorial	Área Rural	0	0
	Área Urbana	**194**	

3. CONCLUSIONES:

Aunque los temas no se percibieron como nuevos en los estudiantes, si fue evidente el interés por aprender de manera diferente como prevenir un embarazo, como identificar una señal de alarma en la trata de blancas y sobre todo cuando es una causal para la realización de la IVE Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Los estudiantes mencionaron frases como:

- ✓ *Deberían repetir la actividad más seguido*
- ✓ *Aclare las dudas sobre los métodos de planificación.*
- ✓ *Es importante hacerse pruebas para saber si uno tiene infecciones de transmisión sexual*

FIRMA

Enf. Gloria Inés Zapata Campos
MG-Salud Pública
Esp-Auditoria de servicios de Salud.
Profesional de apoyo PIC-ESE CLINICA GUANE

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

CONSOLIDADO DIFERENCIAL POBLACIÓN GENERAL

PROGRAMA: Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

META DE PRODUCTO: Servicio de promoción de la salud en temas de salud sexual y reproductiva en la comunidad de Floridablanca.

ACTIVIDAD PROGRAMADA: Realizar campaña de información en salud mediante un encuentro lúdico a través de uso juego Concentresex dirigido a estudiantes de cuatro instituciones de validación educación para jóvenes y adultos TEMÁTICA: Promoción derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura, prevención de embarazo, servicios amigables, prevención ETS, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SIFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a la norma

PROFESIONAL RESPONSABLE: Profesional Enfermera Gloria Ines Zapata Campos- Leidy Johana Bautista Vargas- Profesional de Psicologia Yisel Tatiana Pinto Estupiñan del programa PIC 2024

FECHA: 31-10-2024 / 02-11-2024 / 05-11-2024 / 06-11-2024

LUGAR: INSTITUTO ISIDRO CABALLERO PROGRAMA NOCTURNO, COLEGIO INTEGRADO LOS ANDES-CIANDES, INSTITUTO LA CUMBRE, FUNDACIÓN EDUCATIVA DE COLOMBIA FUNDECOL

Número total de personas beneficiadas	Número de personas beneficiadas según enfoque poblacional (por Ciclo de Vida)							Número de personas beneficiadas según enfoque territorial				Número de personas beneficiadas por tipo de población								
	Primera Infancia De 0 a 5 años	Infancia De 6 a 11 años	Adolescencia De 12 a 17 años	Jóvenes De 18 a 28 años	Adulto De 29 a 59 años	Adulto Mayor De 60 o más años	TOTAL	Area Rural	Nombre Vereda(s) beneficiados	Area Urbana	Nombre Barrio(s) beneficiados	Niños, Niñas y Adolescentes (NNA)	Mujeres	Personas con discapacidad	Victimas del conflicto armado	Reintegrados	Migrantes	Población LGTBIQ+	Etnias	TOTAL
FEMENINO	0	0	52	19	1	0	70			X	Municipio de Floridablanca	0	70	0	1	0	5	3	0	9

Número total de personas beneficiadas	Número de personas beneficiadas según enfoque poblacional (por Ciclo de Vida)							Número de personas beneficiadas según enfoque territorial				Número de personas beneficiadas por tipo de población								
	Primera Infancia De 0 a 5 años	Infancia De 6 a 11 años	Adolescencia De 12 a 17 años	Jóvenes De 18 a 28 años	Adulto De 29 a 59 años	Adulto Mayor De 60 o más años	TOTAL	Area Rural	Nombre Vereda(s) beneficiados	Area Urbana	Nombre Barrio(s) beneficiados	Niños, Niñas y Adolescentes (NNA)	Hombres	Personas con discapacidad	Victimas del conflicto armado	Reintegrados	Migrantes	Población LGTBIQ	Etnias	TOTAL
MASCULINO	0	0	63	56	1	0	122			X	Municipio de Floridablanca	0	122	0	1	0	4	0	0	5
TOTAL	194																			

PROGRAMA:

SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

ACTIVIDAD 9

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

PROGRAMA: SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

ACTIVIDAD: Realizar una campaña de información en salud en el marco de la conmemoración de la prevención del embarazo en adolescentes y jóvenes, donde se realice:

1. Sala situacional en salud TEMÁTICA: Prevención embarazo teniendo en cuenta el lema mundial indicado para el año 2024

2. Jornada de promoción comunitaria de salud sexual en el asentamiento el páramo y urbanización agua clara

3. Una jornada de información en salud con colocación de stands de información lúdica en institución educativa universitaria donde se promocione servicios amigables, métodos de planificación modernos y prevención de embarazo no planeado, oferta aplicación de pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de preservativos de acuerdo a norma

4. Una jornada de información en salud con colocación de stands de información lúdica en parque principal en día de mercado, donde se promocione servicios amigables, métodos de planificación modernos y prevención de embarazo no planeado, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a norma

5. Elaboración de un comercial televisivo con 5 emisiones en horario de alta audiencia, promocionando la importancia de la prevención del embarazo no planeado-IVE

6. elaboración de pendón con lema mundial indicado para el año 2024.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

FICHA TÉCNICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

FICHA TÉCNICA

PROGRAMA: SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

ACTIVIDAD: Realizar una campaña de información en salud en el marco de la conmemoración de la prevención del embarazo en adolescentes y jóvenes, donde se realice:

1. Sala situacional en salud TEMÁTICA: Prevención embarazo teniendo en cuenta el lema mundial indicado para el año 2024.

2. Jornada de promoción comunitaria de salud sexual en el asentamiento el páramo y urbanización agua clara.

3. Una jornada de información en salud con colocación de stands de información lúdica en institución educativa universitaria donde se promocione servicios amigables, métodos de planificación modernos y prevención de embarazo no planeado, oferta aplicación de pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de preservativos de acuerdo a norma.

4. Una jornada de información en salud con colocación de stands de información lúdica en parque principal en día de mercado, donde se promocione servicios amigables, métodos de planificación modernos y prevención de embarazo no planeado, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a norma.

5. Elaboración de un comercial televisivo con 5 emisiones en horario de alta audiencia, promocionando la importancia de la prevención del embarazo no planeado-IVE.

6. Elaboración de pendón con lema mundial indicado para el año 2024.

META DE PRODUCTO: Servicio de promoción de la salud en temas de salud sexual y reproductiva en la comunidad de Floridablanca

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDO: Adolescencia, juventud, adultez de Floridablanca

OBJETIVO:

- Promover la prevención del embarazo no planeado en adolescentes y jóvenes mediante la información, educación y acceso a servicios amigables de salud sexual y reproductiva.
- Proporcionar información sobre métodos de planificación modernos y servicios amigables de salud sexual y reproductiva.
- Realizar pruebas rápidas de VIH, HB y SÍFILIS en las jornadas comunitarias y distribuir 500 preservativos de acuerdo a norma.
- Fortalecer la conciencia comunitaria sobre la prevención del embarazo no planeado.

JUSTIFICACIÓN:

De acuerdo con lo publicado el 23 de agosto de 2023, en la página de la personería del municipio de Floridablanca y teniendo como Referencia informe de Calidad de Vida de Santander 2023, elaborado por el Programa Bucaramanga Metropolitana Cómo Vamos (BMCV), se muestran cifras de fecundidad en la adolescencia donde:

Dos de cada diez adolescentes, entre 15 y 18 años, han estado alguna vez embarazadas, De ellas, el 16% ya son madres y el 4 % está esperando su primer hijo.
El 13 % de las mujeres menores de 15 años ya ha iniciado vida sexual.
Las jóvenes con menor educación inician en promedio a los 15 años su vida sexual, mientras que las de más educación lo hacen a los 18 años.

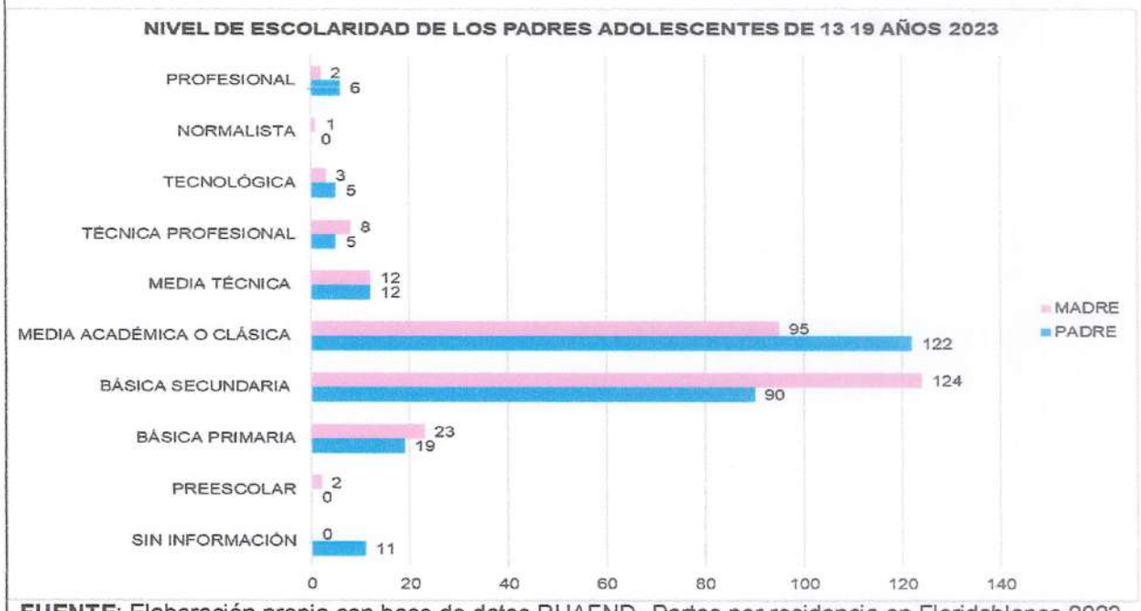
Situación que genera preocupación e insta a los gobiernos a plantear estrategias de educación que contribuyan a fortalecer la educación en salud sexual y reproductiva en esta población y fortalecer actividades en proyección de vida y ocupaciones que disminuyan la cantidad de embarazos y el riesgo de morbimortalidad materna en las mujeres adolescentes.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

De acuerdo con la información registrada en la plataforma RUAF ND, durante el año 2023, se registraron 2650 partos de mujeres residentes en el municipio de Floridablanca, de las cuales:

- ✓ El 10% (270) fueron de mujeres adolescentes entre 13 y 19 años
- ✓ El 15 % (41) de estas adolescentes presentaban una o más gestaciones anteriores.
- ✓ De los 34 partos en adolescentes con 16 años, 4 fueron gemelares.
- ✓ La edad de la pareja de estas adolescentes está entre 14 y 52 años.
- ✓ El 26% (71) de estas parejas corresponden a adolescentes de 14 a19 años.

Grafico1: Nivel de escolaridad: De los 270 padres adolescentes (hombre y mujer), la gran mayoría cuentan con nivel académico de básica secundaria y media académica clásica, llama la atención que el RUAF ND, no registra información académica en 11 hombres, como se refleja en la gráfica siguiente;



FUENTE: Elaboración propia con base de datos RUAFND- Partos por residencia en Floridablanca 2023.

El embarazo en una mujer menor de 15 años puede implicar riesgos para su salud física y mental. Un estudio realizado por el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP), en más de tres millones de nacimientos en América Latina, encontró que la mortalidad materna en el grupo de adolescentes de 10 a 14 años es de 146.5 por 100.000 nacidos vivos, mientras que la observada en el grupo de 15 a 19 años es 79.9 por 100.000 nacidos vivos.

En cuanto a las enfermedades transmisibles, deacuerdo con el ASIS DE FLORIDABLANCA, 2023, la principal causa de mortalidad en este grupo de enfermedades está dado por las Infecciones respiratorias agudas, en segundo lugar, está la enfermedad por el VIH (SIDA) con una tasa de 5,18 muertes por cada 100.000 hombres mostrando una disminución frente al año 2019[1]

[1] Análisis de Situación de Salud Participativo-Floridablanca 2023.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD

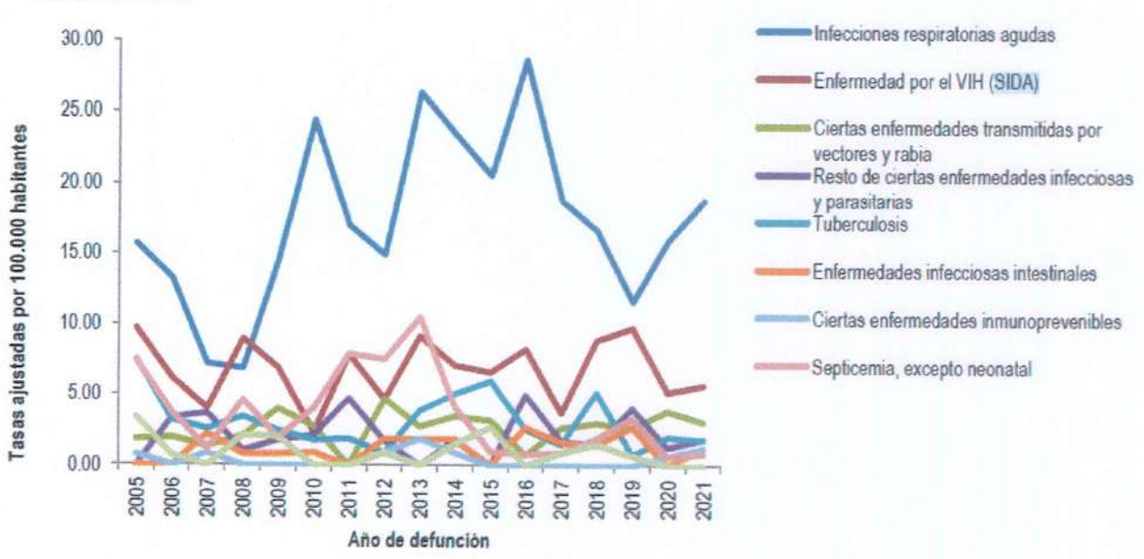


Figura 1 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres del Floridablanca, 2005 – 2021.

Deacuerdo a lo anterior el Plan Territorial en Salud de Floridablanca PDSP 2022-2031, pretende establecer un servicio de gestión del riesgo en temas de salud sexual y reproductiva en la comunidad de Floridablanca, con el fin de reducir la incidencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS), embarazos no planeados y otros problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva.

La Secretaria de Salud municipal, desde el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC 2024), ejecutara campaña de información en salud en el marco de la conmemoración de la prevención del embarazo en adolescentes y jóvenes, con los siguientes temas: Promoción derechos sexuales y reproductivos, sexualidad segura, prevención de embarazo, servicios amigables, prevención ETS, métodos de planificación modernos y formas de acceso a los métodos, IVE, prevención tráfico de personas oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a la norma. Se tendrá en cuenta los siguientes conceptos durante la ejecución de la actividad:

¿Cuáles son los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos? Son Derechos Humanos y su finalidad es garantizar que todas las personas puedan vivir libres de discriminación, riesgos, amenazas, coerciones y violencia en el campo de la sexualidad y la reproducción.

Derechos sexuales

- Fortalecer la autonomía y la autoestima en tu sexualidad
- Explorar y disfrutar de una vida sexual placentera
- Vivir una sexualidad libre y placentera
- Elegir tus parejas sexuales
- Vivir tu sexualidad sin ningún tipo de violencia
- Tener relaciones sexuales consensuadas
- Elegir dónde, cuándo y con quién iniciar tu vida sexual
- Decidir sobe tu unión con otras personas
- Vivir y expresar libremente tu orientación sexual e identidad de género
- Proteger y prevenir Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) o embarazos no deseados
- Recibir información y acceso a servicios de salud de calidad sobre sexualidad, sin ningún tipo de discriminación
- Una educación integral para la sexualidad a lo largo de la vida

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

Derechos reproductivos

•Tomar decisiones sobre la reproducción sin discriminación o violencia

•Decidir si quieres o no tener hijos

•Decidir sobre el número de hijos que y el espacio de tiempo entre un embarazo y otro

•Elegir el tipo de familia que quieres formar

•Ejercer maternidad con un trato equitativo en familia, espacios de educación y trabajo

•Acceder a métodos de anticoncepción incluida la anticoncepción de emergencia

•Acceso a los servicios integrales de salud y atención médica para garantizar la maternidad

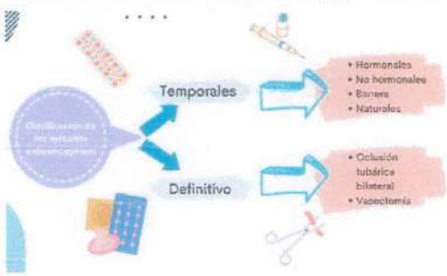
•Acceso a los beneficios de los avances científicos en la salud sexual y reproductiva

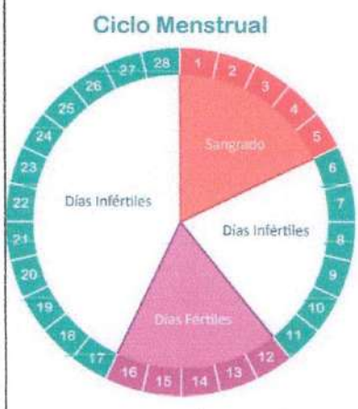
•Acceso a información de calidad que permita tomar decisiones sobre prevención de embarazos no deseados; anticoncepción inmediata después de un parto o aborto e Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) Acceso a servicios seguros para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), acorde con la Sentencia C-055 de 2022-En Colombia, a partir del año 2022 (Sentencia C-055) se despenalizó el aborto hasta la semana 24 de gestación. Sin embargo, si tu embarazo supera las 24 semanas de gestación, la normatividad vigente te permitirá acceder a una interrupción voluntaria del embarazo, únicamente si cumples alguna de las tres causales contempladas en la Sentencia C-355 de 2006.

Prevención del embarazo

Promoción programa de servicios amigables en IPS: El Modelo de SSAAJ es un proceso en el cual se busca que las instituciones de salud generen espacios y formas de atención integral y diferencial para la población entre 10 y 29 años y de esta manera contribuyan a la garantía de los Derechos Sexuales y de los Derechos Reproductivos de esta población. El Modelo se construyó participativamente con el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social y ha logrado escalarse a la mayor parte del territorio nacional.

Conceptos de planificación: La planificación familiar se realiza a través de métodos y productos anticonceptivos que buscan evitar un embarazo no deseado. Estos permiten que las personas que hayan iniciado o planeen iniciar su vida sexual, puedan disfrutar libre y responsablemente de su sexualidad.

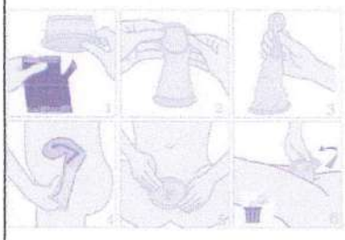




El ciclo menstrual es el proceso de preparación que el sistema reproductivo femenino realiza para un potencial embarazo. Cada ciclo menstrual dura entre 21 y 35 días, dependiendo de cada mujer, y al mismo tiempo puede varias mes a mes en cada una. La mayoría de tablas que explican el ciclo menstrual usan 28 días como el estándar de duración de un ciclo completo, pero el ciclo en cada mujer es diferente. Para que se dé el ciclo menstrual el cerebro, las hormonas y los órganos sexuales de la mujer deben trabajar en conjunto para prepararla para su etapa fértil. Los órganos sexuales de la mujer son las trompas de Falopio, los ovarios, el útero, la vagina y la matriz. En los ovarios están los óvulos, o las células reproductivas de la mujer. Por acción de las hormonas, cada mes uno de estos óvulos madura y es liberado para que se dirija al útero en busca de ser fertilizado. Pasa por la trompa de Falopio y llega al útero en donde, potencialmente, lo encontrará la célula reproductora masculina, el espermatozoide. El útero se engrosa en preparación para el embarazo. Si no hay fecundación, las capas que lo recubren se desprenden unos días después dando origen al sangrado a través de la vagina. El ciclo se compone de tres fases: la fase menstrual, la fase preovulatoria y la postovulatoria.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

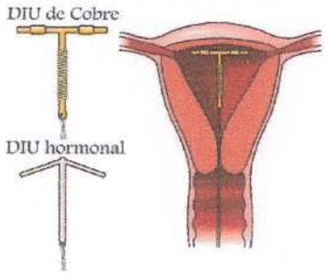
Los anticonceptivos hormonales orales o pastillas anticonceptivas, son un método seguro y efectivo para evitar temporalmente el embarazo. Estas contienen pequeñas cantidades de hormonas femeninas, como estrógeno y progesterona, que logran evitar la ovulación evitando el riesgo de embarazo. De igual manera, las pastillas anticonceptivas generan cambios en el moco del cuello del útero, haciéndolo más espeso de tal forma que los espermatozoides no pueden penetrarlo.



¿qué es el condón interno? El condón interno (también llamado condón femenino), es otro tipo de condón que puedes usar diferente al condón (condón masculino). El condón interno ofrece casi el mismo nivel de protección contra embarazos y enfermedades de transmisión sexual (ETS) que el condón. ¿En qué se diferencian? En lugar de colocarse sobre el pene, el condón interno se pone dentro de la vagina o el ano para proteger contra las ETS.



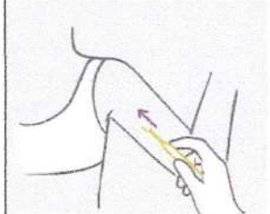
Preservativo Masculino. El condón es una funda delgada y elástica que se coloca sobre el pene cuando tienes sexo. Es fácil de conseguir y usar, no solo evita los embarazos no deseados, su uso también reduce el riesgo de contagio de múltiples infecciones de transmisión sexual, como VIH /Sida, VPH (Virus del Papiloma Humano), gonorrea, clamidia y sífilis, entre otros.



La T de Cobre es el Dispositivo Intrauterino (DIU) Es un método de anticoncepción muy eficaz, que además tiene una capacidad de protección anticonceptiva hasta de 12 años, aunque la mujer puede solicitar su retiro en cualquier momento, regresando la capacidad fértil de inmediato. **T de cobre:** elemento plástico, que adicionalmente contiene cobre. Ofrece protección anticonceptiva hasta por 12 años sin carga hormonal. Su efecto anticonceptivo lo ejerce al suspender la viabilidad y la vitalidad de los espermatozoides, de tal manera que no se encuentren con el óvulo y de ésta forma prevenir la fecundación y el embarazo. **Dispositivo intrauterino hormonal o endoceptivo**: elemento plástico en forma de T que contiene un derivado hormonal en su interior. Crea un cambio en el útero que hace que los espermatozoides se debiliten y no puedan encontrarse con el óvulo, adicionalmente reduce la cantidad del sangrado menstrual y en las mujeres que usualmente presentan dolores menstruales, los reducen.

Implante subdérmico Es un método moderno de anticoncepción que puede durar entre tres a cinco años, dependiendo del tipo de implante que se elija. Consiste en una o dos barras cortas y delgadas del tamaño de un fósforo, que se implanta en la parte superior del brazo de la mujer y libera una hormona llamada progestina que espesa el moco cervical, impidiendo el paso de los espermatozoides hacia el óvulo y disminuyendo la frecuencia de ovulación.

Las inyecciones tienen un mecanismo de acción muy similar al de las píldoras anticonceptivas y en general a todos los métodos hormonales de anticoncepción. Los anticonceptivos hormonales inyectables de aplicación mensual y/o trimestral alcanzan un 94% de efectividad desde el primer día de uso. Los anticonceptivos hormonales inyectables se encuentran en dos presentaciones: Anticonceptivos inyectables de aplicación mensual: y Anticonceptivos inyectables de aplicación trimestral.





VASECTOMIA: El procedimiento consiste en cortar y/o ligar los conductos deferentes por donde pasan los espermatozoides desde los testículos para salir en la eyaculación. Aunque es un método definitivo, se puede llegar a revertir a través de una cirugía llamada vasectomía.

La ligadura de trompas es una cirugía mínimamente invasiva, ambulatoria y de fácil recuperación que dura alrededor de 10 minutos y consiste en cauterizar las trompas de Falopio para impedir el paso del óvulo al útero.

¿Qué es la trata de personas? Es un delito que viola los derechos humanos. Se comete cuando una persona capta a otra -sin importar su género, edad, origen, nivel económico o educativo-, para

ser explotada, generalmente, en otro lugar. Usualmente el captador ilusiona a la víctima con falsas promesas de una vida mejor y se gana su confianza. Luego la obliga a ejercer actividades en contra de su voluntad sometiéndola a algún tipo de explotación. Su objetivo es obtener dinero a través suyo. El captador limita la libertad de movimiento de la persona y la explota bajo amenazas, violencia, desarraigo y/o pago de cuantiosas deudas.

Las siguientes son las principales finalidades de trata de personas: Trabajo forzado, Mendicidad ajena, Explotación sexual, Matrimonio servil

¿Quién puede ser víctima de la trata de personas? Cualquier persona puede ser víctima de este delito. Hombres y mujeres de cualquier edad, nacionalidad, raza, sexo y condición social. Incluye niños, niñas y adolescentes, que también son reclutados por los tratantes. El consentimiento de la víctima no exonera al tratante de la culpa. Casi siempre, la víctima está enceguecida por las mentiras y las falsas ilusiones ofrecidas por los tratantes, que son expertos en manipular sentimientos y explotar las necesidades económicas y afectivas de las personas. Al punto que, algunas veces, la víctima pierde su autonomía y renuncia a su dignidad como ser humano, como respuesta a los abusos y amenazas recibidas. **Tipos de trata** • Trata Externa: La captación se da en el país de origen o residencia y se traslada a la víctima a otro país en donde tendrá lugar la explotación. Y • Trata Interna: La captación, el traslado y la explotación, se dan al interior de las fronteras de un mismo país (barrio, municipio, departamento).

METODOLOGÍA:

1. Sala Situacional en Salud: Prevención embarazo teniendo en cuenta el lema mundial indicado para el año 2024

2. Jornada de Promoción Comunitaria: Salud sexual en el asentamiento El Páramo y urbanización Agua Clara.

3. Jornada de Información en Institución Educativa Universitaria: Stands de información lúdica y aplicación de pruebas rápidas.

4. Jornada de Información en Parque Principal: Stands de información lúdica y aplicación de pruebas rápidas.

5. Comercial Televisivo: 5 emisiones en horario de alta audiencia.

6. Pendón con lema mundial indicado para el año 2024.

LUGAR, FECHA Y HORA DE LA ACTIVIDAD:

LUGAR	FECHA	HORA
Sala situacional en salud: Colegio Gabriel García Márquez	24 de septiembre de 2024	9 :30 am a 11 :30 am
Jornada de Información en Institución Educativa Universitaria: Universidad Santo Tomas.	25 de septiembre de 2024	8:00 am a 12:00 pm
Jornada de Promoción Comunitaria: Salud sexual en el asentamiento El Páramo	27 de septiembre de 2024	8:00 am a 12:00 pm
Jornada de Promoción Comunitaria: Salud sexual urbanización Agua Clara.	28 de septiembre de 2024	8:00 am a 12:00 pm
Jornada de Información en Parque Principal	29 de septiembre de 2024	8:00 am a 12:00 pm
Comercial Televisivo: 5 emisiones en horario de alta audiencia.	7-8-9-10 y 11 de noviembre de 2024	7:30 pm- a 8 :30pm

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

Tiempo de ejecución: Las actividades se ejecutan en 5 días diferentes, con una duración 16 horas en total por todas las jornadas educativas realizadas.

ACTIVIDAD Y DESARROLLO
1. Sala situacional en salud TEMÁTICA: Prevención embarazo teniendo en cuenta el lema mundial indicado para el año 2024, en el Instituto Gabriel García Márquez De Floridablanca el 24 de septiembre de 2024: 1) Decoración sobre la Semana Andina de Prevención del Embarazo en la Infancia y la Adolescencia, bajo el lema: #HablarDeSexualidadNoEsIncomodidad. 2) Se instalará mesa principal, con la participación de: • Rector de la Institución Instituto Gabriel García Márquez). • Valenthina Meza obregón, apoyo Secretaria de Salud Floridablanca. • Álvaro Gutiérrez Aranguen, Ginecólogo • Eduardo Morales Blanco, Coord. de igualdad de género e integración social-HUS 3) Se realizará la apertura de la Sala Situacional con palabras de agradecimiento e importancia de la temática a trabajar. 4) Se realizará una ponencia sobre la situación actual y estadística de los embarazos en adolescentes en Colombia y una ponencia sobre salud sexual y reproductiva.
2. Jornada de promoción comunitaria de salud sexual en el asentamiento el páramo y urbanización agua clara, 27 y 28 de septiembre 2024: 1) Stand Asesoría en planificación familiar y servicios amigables: Entrega gratuita de métodos de planificación (orales e implantes) por parte de la fundación UNIMEDICOS 2) Stand con Juego de pelotas para la identificación de cada derecho sexual y reproductivo. 3) Stand Educación sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual con: • Entrega de preservativos deacuerdo a la norma • Aplicación de pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. 4) Stand con profesional de Psicología para la socialización de la Ruta de atención y prevención de violencia y Prevención de trata de personas. 5) Entrega de folletos sobre: ITS-IVE-prevención de violencia 6) Bailo terapia.
3. Jornada de información en salud con colocación de stands de información lúdica en institución educativa universitaria donde se promocione servicios amigables, métodos de planificación modernos y prevención de embarazo no planeado, oferta aplicación de pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de preservativos de acuerdo a norma, el 25 de septiembre en la Universidad Santo Tomas Floridablanca. 1) Stand con Asesoría en planificación familiar y servicios amigables: Jugaran el concéntrese con los métodos de planificación. 2) Stand Educación sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual, Se hará una ronda de preguntas sobre las ITS, así mismo se entregarán preservativos. 3) Stand Educación sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual con: • Entrega de preservativos deacuerdo a la norma • Aplicación de pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS.
4. Jornada de información en salud con colocación de stands de información lúdica en parque principal en día de mercado, donde se promocione servicios amigables, métodos de planificación modernos y prevención de embarazo no planeado, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a norma, el 29 de septiembre 2024, en el parque de Floridablanca. 1) Stand de planificación familiar y servicios amigables: Donde se socializarán los métodos modernos de planificación y el acceso a los mismos. 2) Stand Educación sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual con: • Entrega de preservativos deacuerdo a la norma • Aplicación de pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

5. Elaboración de un comercial televisivo con 5 emisiones en horario de alta audiencia, promocionando la importancia de la prevención del embarazo no planeado-IVE.: Con emisiones los dias 7-8-9-10 y 11 de noviembre de 2024, a partr de 7:30pm a 8 :30 pm en el canal TRO.
6. Elaboración de pendón con lema mundial indicado para el año 2024, con exposición durante la campaña de información en salud, en el marco de la conmemoración de la prevención del embarazo en adolescentes y jóvenes

Material usado desarrollo actividad:

- ✓ Facilitador (Profesional Enfermera y Profesional de Psicología del programa PIC.
- ✓ Preservativos
- ✓ Pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS.
- ✓ Pendón: Derechos sexuales, Infecciones de trasmisión sexual, IVE, Violento metro
- ✓ Fuentes bibliográficas:

PROFAMILIA:https://profamilia.org.co/aprende/cuerpo-sexualidad/derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos/
Derechos sexuales: https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/sexualidad-derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos.aspx
CONPES SOCIAL 147/2012: Rutas de atención para la prevención del embarazo en la adolescencia https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/AJ-Ruta-Atencion-Integral-EA.pdf
ABECE sobre anticoncepción
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-anticoncepcion.pdf
El ciclo menstrual: https://www.aboutespanol.com/ciclo-menstrual-2933246

Nombre completo	Cargo	Firma
Elaborado: Gloria zapara campos	Profesional PIC 2024	
Revisado: Marcela Buitrago	Coordinadora PIC	
Aprobado: Marcela Buitrago	Coordinadora PIC	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

GOBIERNO DE FLORIDABLANCA
SECRETARÍA DE SALUD

E.S.E. CLÍNICA GUANE

PIC
Plan de Intervenciones Colectivas

CRONOGRAMA - PIC VIGENCIA 2024

PROGRAMA: Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

ACTIVIDAD PROGRAMADA: Realizar una campaña de información en salud en el marco de la conmemoración de la prevención del embarazo en adolescentes y jóvenes, donde se realice: 1. Sala situacional en salud TEMÁTICA: Prevención embarazo teniendo en cuenta el lema mundial indicado para el año 2024. 2. Jornada de promoción comunitaria de salud sexual en el asentamiento el páramo y urbanización agua clara. 3. Una jornada de información en salud con colocación de stands de información lúdica en institución educativa universitaria donde se promocione servicios amigables, métodos de planificación modernos y prevención de embarazo no planeado, oferta aplicación de pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de preservativos de acuerdo a norma. 4. Una jornada de información en salud con colocación de stands de información lúdica en parque principal en día de mercado, donde se promocione servicios amigables, métodos de planificación modernos y prevención de embarazo no planeado, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a norma. 5. Elaboración de un comercial televisivo con 5 emisiones en horario de alta audiencia, promocionando la importancia de la prevención del embarazo no planeado-IVE
6. elaboración de pendón con lema mundial indicado para el año 2024

RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN: Enfermera, Gloria Ines Zapata Campos. Leidy Johana - Ps. Tatiana Pinto

CRONOGRAMA		III TRIMESTRE														IV TRIMESTRE														
		JULIO				AGOSTO					SEPTIEMBRE					OCTUBRE					NOVIEMBRE					DICIEMBRE				
N°	ACCIONES	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Concertación Gabriel García Márquez																													
2	Concertación Paramo																													
3	Concertación Agua Clara																													
4	Concertación Metodología																													
5	Concertación virtual Unimedicos																													
6	Sala situacional en salud: Colegio Gabriel García Márquez																													
7	Jornada de salud sexual Santo Tomas																													
8	Aprobación libreto del comercial televisivo, promocionando la importancia de la prevención del embarazo no planeado-IVE																													
9	Jornada de Promoción Comunitaria: Salud sexual en el asentamiento El Páramo																													
10	Jornada de Promoción Comunitaria: Salud sexual urbanización Agua Clara																													
11	Jornada de Información en Parque Principal																													

Firma del profesional

Enf. Gloria Ines Zapata Campos.

Leidy B

Enf. Leidy Johana Bautista Vargas

Tatiana P

Ps. Yisel Tatiana Pinto Estupiñan

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

PLAN DE ACCIÓN

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC VIGENCIA 2024

PROGRAMA: Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

ACTIVIDAD PROGRAMADA: Realizar una campaña de información en salud en el marco de la conmemoración de la prevención del embarazo en adolescentes y jóvenes, donde se realice: 1. Sala situacional en salud TEMÁTICA: Prevención embarazo teniendo en cuenta el lema mundial indicado para el año 2024. 2. Jornada de promoción comunitaria de salud sexual en el asentamiento el páramo y urbanización agua clara. 3. Una jornada de información en salud con colocación de stands de información lúdica en institución educativa universitaria donde se promocione servicios amigables, métodos de planificación modernos y prevención de embarazo no planeado, oferta aplicación de pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de preservativos de acuerdo a norma. 4. Una jornada de información en salud con colocación de stands de información lúdica en parque principal en día de mercado, donde se promocione servicios amigables, métodos de planificación modernos y prevención de embarazo no planeado, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a norma. 5. Elaboración de un comercial televisivo con 5 emisiones en horario de alta audiencia, promocionando la importancia de la prevención del embarazo no planeado-IVE. 6. elaboración de pendón con lema mundial indicado para el año 2024

POBLACIÓN OBJETO Y NECESIDAD IDENTIFICADA: Adolescencia, juventud, adultez de Floridablanca

PLAN DE ACCIÓN

Nº	OBJETIVO	TEMA A TRATAR	ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN DE ACCIONES	SOPORTES	COMPROMISOS Y/O ACURDOS	RESPONSABLES	III TRIMESTRE 1	2	3
1	Promover la prevención del embarazo no planeado en adolescentes y jóvenes mediante la información, educación y acceso a servicios amigables de salud sexual y reproductiva. Proporcionar información sobre métodos de planificación modernos y servicios amigables de salud sexual y reproductiva. Realizar pruebas rápidas de VIH, HB y SÍFILIS en las jornadas comunitarias y distribuir 500 preservativos de acuerdo a norma. Fortalecer la conciencia comunitaria sobre la prevención del embarazo no planeado.	TEMÁTICA: Prevención embarazo teniendo en cuenta el lema mundial indicado para el año 2024.	24/09/2024 Sala situacional en salud: Colegio Gabriel García Márquez	INSTITUTO GABRIEL GARCIA MARQUEZ DE FLORIDABLANCA. 1) Decoración sobre la Semana Andina de Prevención del Embarazo en la Infancia y la Adolescencia, bajo el lema: #HablarDeSexualidadNoEsIncomodidad. 2) Se instalará mesa principal, con la participación de: • Rector de la institución Instituto Gabriel García Márquez). • Valenthina Meza obregón, apoyo Secretaria de Salud Floridablanca. • Álvaro Gutiérrez Aranguen, Ginecólogo • Eduardo Morales Blanco, Coord. de igualdad de género e integración social-HUS 3) Se realizará la apertura de la Sala Situacional con palabras de agradecimiento e importancia de la temática a trabajar. 4) Se realizará una ponencia sobre la situación actual y estadística de los embarazos en adolescentes en Colombia y una ponencia sobre salud sexual y reproductiva. 5. Retroalimentación y cierre de la actividad.	1. Acta de concertación con institución educativa y líder de JAC, 2. Registro fotográfico fecha y hora de evidencia, con consentimiento informado, 3. Formato poblacional con enfoque diferencial, 4. Planilla de asistencia con enfoque diferencial 5. Acta desarrollo de actividades 6. Certificado de actividades por institución educativa y líder JAC, 7. Convocatorias actividades soportes impresos redes 8. Soporte entrega preservativos, 9. Registro fotográfico pendón, 10. Soporte material información en salud 11. Acta de aprobación del comercial televisivo 12. Digital del comercial televisivo 13. Informe final con evaluación de impacto y enfoque diferencial.	El coordinador se compromete a garantizar el espacio academico para trabajar las tematicas mencionadas durante la Sala Situacional.	Enfermera, Gloria Ines Zapata Campos. Leidy Johana - Ps. Tatiana Pinto			

2	Promover la prevención del embarazo no planeado en adolescentes y jóvenes mediante la información, educación y acceso a servicios amigables de salud sexual y reproductiva. Proporcionar información sobre métodos de planificación modernos y servicios amigables de salud sexual y reproductiva. Realizar pruebas rápidas de VIH, HB y SÍFILIS en las jornadas comunitarias y distribuir 500 preservativos de acuerdo a norma. Fortalecer la conciencia comunitaria sobre la prevención del embarazo no planeado.	TEMÁTICA: Jornada de información en salud con colocación de stands de información lúdica en institución educativa universitaria donde se promocione servicios amigables, métodos de planificación modernos y prevención de embarazo no planeado, oferta aplicación de pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de preservativos de acuerdo a norma.	25/09/2024 Jornada de Información en Institución Educativa Universitaria: Universidad	UNIVERSIDAD ASNTO TOMAS DE FLORIDABLANCA. 1) Stand con Asesoría en planificación familiar y servicios amigables: Jugaran el concéntrese con los métodos de planificación. 2) Stand Educación sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual, Se hará una ronda de preguntas sobre las ITS, así mismo se entregarán preservativos. 3) Stand Educación sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual con: • Entrega de preservativos deacuerdo a la norma • Aplicación de pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. 4. Retroalimentación y cierre de la actividad.	1. Acta de concertación con institución educativa y líder de JAC, 2. Registro fotográfico fecha y hora de evidencia, con consentimiento informado, 3. Formato poblacional con enfoque diferencial, 4. Planilla de asistencia con enfoque diferencial 5. Acta desarrollo de actividades 6. Certificado de actividades por institución educativa y líder JAC, 7. Convocatorias actividades soportes impresos redes 8. Soporte entrega preservativos, 9. Registro fotográfico pendón, 10. Soporte material información en salud 11. Acta de aprobación del comercial televisivo 12. Digital del comercial televisivo 13. Informe final con evaluación de impacto y enfoque diferencial.	La institucion educativa, se compromete a garantizar el espacio academico para trabajar las tematicas mencionadas durante la actividad.	Enfermera, Gloria Ines Zapata Campos. Leidy Johana - Ps. Tatiana Pinto			
3	Promover la prevención del embarazo no planeado en adolescentes y jóvenes mediante la información, educación y acceso a servicios amigables de salud sexual y reproductiva. Proporcionar información sobre métodos de planificación modernos y servicios amigables de salud sexual y reproductiva. Realizar pruebas rápidas de VIH, HB y SÍFILIS en las jornadas comunitarias y distribuir 500 preservativos de acuerdo a norma. Fortalecer la conciencia comunitaria sobre la prevención del embarazo no planeado.	TEMÁTICA: Jornada de promoción comunitaria de salud sexual	27/09/2024 Jornada de promoción comunitaria de salud sexual en el asentamiento el páramo.	ASENTAMIENTO EL PARAMO 1) Stand Asesoría en planificación familiar y servicios amigables: Entrega gratuita de métodos de planificación (orales e implantes) por parte de la fundación UNIMEDICOS 2) Stand con Juego de pelotas para la identificación de cada derecho sexual y reproductivo. 3) Stand Educación sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual con: • Entrega de preservativos deacuerdo a la norma • Aplicación de pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. 4) Stand con profesional de Psicología para la socialización de la Ruta de atención y prevención de violencia y Prevención de trata de personas. 5) Entrega de folletos sobre: ITS-IVE-prevención de violencia 6) Ballo terapia.	1. Acta de concertación con institución educativa y líder de JAC, 2. Registro fotográfico fecha y hora de evidencia, con consentimiento informado, 3. Formato poblacional con enfoque diferencial, 4. Planilla de asistencia con enfoque diferencial 5. Acta desarrollo de actividades 6. Certificado de actividades por institución educativa y líder JAC, 7. Convocatorias actividades soportes impresos redes 8. Soporte entrega preservativos, 9. Registro fotográfico pendón, 10. Soporte material información en salud 11. Acta de aprobación del comercial televisivo 12. Digital del comercial televisivo 13. Informe final con evaluación de impacto y enfoque diferencial.	El líder del barrio se compromete a garantizar el espacio academico para trabajar las tematicas mencionadas durante la actividad.	Enfermera, Gloria Ines Zapata Campos. Leidy Johana - Ps. Tatiana Pinto			

4	Promover la prevención del embarazo no planeado en adolescentes y jóvenes mediante la información, educación y acceso a servicios amigables de salud sexual y reproductiva. Proporcionar información sobre métodos de planificación modernos y servicios amigables de salud sexual y reproductiva. Realizar pruebas rápidas de VIH, HB y SÍFILIS en las jornadas comunitarias y distribuir 500 preservativos de acuerdo a norma. Fortalecer la conciencia comunitaria sobre la prevención del embarazo no planeado.	TEMÁTICA: Jornada de promoción comunitaria de salud sexual	28/09/2024 Jornada de promoción comunitaria de salud sexual en la urbanización agua clara	URBANIZACION AGUA CLARA 1) Stand Asesoría en planificación familiar y servicios amigables: Entrega gratuita de métodos de planificación (orales e implantes) por parte de la fundación IJNIMEDICOS 2) Stand con Juego de pelotas para la identificación de cada derecho sexual y reproductivo. 3) Stand Educación sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual con: • Entrega de preservativos deacuerdo a la norma • Aplicación de pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. 4) Stand con profesional de Psicología para la socialización de la Ruta de atención y prevención de violencia y Prevención de trata de personas. 5) Entrega de folletos sobre: ITS-IVE-prevención de violencia 6) Baile terapia.	1. Acta de concertación con institución educativa y líder de JAC, 2. Registro fotográfico fecha y hora de evidencia, con consentimiento informado, 3. Formato poblacional con enfoque diferencial, 4. Planilla de asistencia con enfoque diferencial 5. Acta desarrollo de actividades 6. Certificado de actividades por institución educativa y líder JAC, 7. Convocatorias actividades soportes impresos redes 8. Soporte entrega preservativos, 9. Registro fotográfico pendón, 10. Soporte material información en salud 11. Acta de aprobación del comercial televisivo 12. Digital del comercial televisivo 13. Informe final con evaluación de impacto y enfoque diferencial.	El líder del barrio se compromete a garantizar el espacio academico para trabajar las tematicas mencionadas durante la actividad.	Enfermera, Gloria Ines Zapata Campos. Leidy Johana - Ps. Tatiana Pinto			
6	Promover la prevención del embarazo no planeado en adolescentes y jóvenes mediante la información, educación y acceso a servicios amigables de salud sexual y reproductiva. Proporcionar información sobre métodos de planificación modernos y servicios amigables de salud sexual y reproductiva. Realizar pruebas rápidas de VIH, HB y SÍFILIS en las jornadas comunitarias y distribuir 500 preservativos de acuerdo a norma. Fortalecer la conciencia comunitaria sobre la prevención del embarazo no planeado.	TEMÁTICA: Una jornada de información en salud con colocación de stands de información lúdica en parque principal en día de mercado, donde se promocione servicios amigables, métodos de planificación modernos y prevención de embarazo no planeado, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a norma.	29/09/2024 Jornada de Información en Parque Principal	PARQUE PRINCIPAL DE FLORIDABLANCA. 1) Stand de planificación familiar y servicios amigables: Donde se socializarán los métodos modernos de planificación y el acceso a los mismos. 2) Stand Educación sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual con: • Entrega de preservativos deacuerdo a la norma • Aplicación de pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS.	1. Acta de concertación con institución educativa y líder de JAC, 2. Registro fotográfico fecha y hora de evidencia, con consentimiento informado, 3. Formato poblacional con enfoque diferencial, 4. Planilla de asistencia con enfoque diferencial 5. Acta desarrollo de actividades 6. Certificado de actividades por institución educativa y líder JAC, 7. Convocatorias actividades soportes impresos redes 8. Soporte entrega preservativos, 9. Registro fotográfico pendón, 10. Soporte material información en salud 11. Acta de aprobación del comercial televisivo 12. Digital del comercial televisivo 13. Informe final con evaluación de impacto y enfoque diferencial.	El la secretaria de salud se compromete a garantizar el espacio academico para trabajar las tematicas mencionadas durante la Sala Situacional.	Enfermera, Gloria Ines Zapata Campos. Leidy Johana - Ps. Tatiana Pinto			

Firma del profesional

Enfermera, Gloria Ines Zapata Campos.

Enf. Leidy Johana Bautista Vargas

Ps. Yisel Tatiana Pinto Estupiñan

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

ACTA DE APROBACIÓN DEL COMERCIAL TELEVISIVO

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

ACTA DE CONCERTACIÓN

Fecha: 25 de septiembre de 2024 **Hora**: 3:00 Pm
Lugar: ESE CLINICA GUANE
Programa: Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos
Meta Sanitaria del componente o meta de producto: Servicio de gestión del riesgo en temas de salud sexual y reproductiva en la comunidad de Floridablanca.

Actividad Programada: Realizar una campaña de información en salud en el marco de la conmemoración de la prevención del embarazo en adolescentes y jóvenes, donde se realice: 1. Sala situacional en salud TEMÁTICA: Prevención embarazo teniendo en cuenta el lema mundial indicado para el año 2024. 2. Jornada de promoción comunitaria de salud sexual en el asentamiento el páramo y urbanización agua clara. 3. Una jornada de información en salud con colocación de stands de información lúdica en institución educativa universitaria donde se promocione servicios amigables, métodos de planificación modernos y prevención de embarazo no planeado, oferta aplicación de pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de preservativos de acuerdo a norma 4. Una jornada de información en salud con colocación de stands de información lúdica en parque principal en día de mercado, donde se promocione servicios amigables, métodos de planificación modernos y prevención de embarazo no planeado, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a norma. 5. Elaboración de un comercial televisivo con 5 emisiones en horario de alta audiencia, promocionando la importancia de la prevención del embarazo no planeado-IVE. 6. elaboración de pendón con lema mundial indicado para el año 2024

Orden Del día:
1. Se inicia con saludo de bienvenida,
2. Presentación de los asistentes
3. Presentacion Guion del comercial televisivo, promocionando la importancia de la prevención del embarazo no planeado-IVE

Desarrollo de la Reunión: Siendo las 3:00 PM, entre la Dra Valenthina Meza Obregon y la Profesional PIC 2024, dan inicio a la reunión para la aprobacion del Guion para el comercial televisivo, promocionando la importancia de la prevención del embarazo no planeado-IVE.

Descripción de la actividad:

ACTIVIDAD	DESARROLLO
Elaboración de un comercial televisivo con 5 emisiones en horario de alta audiencia, promocionando la importancia de la prevención del embarazo no planeado-IVE.	
INTRODUCCIÓN: - Imagen de fondo con música suave -Narrador: Hablar de sexualidad no es incomodidad, infórmate sobre la Prevención del embarazo no planeado y las opciones para la salud sexual y reproductiva	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

Métodos anticonceptivos - Imágenes de diferentes métodos anticonceptivos - Narrador: "Recuerda que Existen varios métodos anticonceptivos para elegir." Y se muestra la foto con la clasificación, mientras se narran.	
Importancia de la comunicación: - Imágenes de parejas hablando con personal de salud, consulta - Narrador: "La comunicación es clave para evitar el embarazo no planeado, recuerda que un embarazo a temprana edad puede tener consecuencias emocionales, financieras y sociales, por eso importante Organizar un proyecto de vida con enfoque preventivo, respetuoso y de autocuidado	
La interrupción voluntaria del embarazo, también hace parte de los derechos sexuales y reproductivos. La Sentencia C-355 del 2006 de la Corte Constitucional constituye un avance importante para la garantía y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Colombia. A través de esta sentencia se despenalizó el aborto en tres condiciones: a) Cuando peligra la vida o la salud de la madre b) Cuando se presenta malformación del feto incompatible con la vida c) Cuando el embarazo es producto de abuso, violación, incesto, transferencia de óvulo o inseminación no consentida.	

Compromisos: Cumplimiento de las actividades programadas deacuerdo a lo establecidoo en PIC 2024, asi como la utilizacion de los formatos asignados para cada evidencia.

Registro de Asistentes:

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO O DEPENDENCIA	CEDULA	TELEFONO /CELULAR	FIRMA
Dra Valenthina Meza Obregon	Apoyo Secretaria de Salud	1098806818	3163338446	
Enf. Gloria Zapata Campos	Profesional PIC 2024	63556760	3159280775	

Alcaldía Municipal de Floridablanca	AUTORIZACIÓN DE USO DE DERECHOS DE IMAGEN SOBRE FOTOGRAFÍAS Y PRODUCCIONES AUDIOVISUALES (VIDEOS)	CÓDIGO:	IC-F-04
		VERSIÓN	00
		FECHA ELAB	07/02/2022
		FECHA APROB	09/02/2022
SECRETARIA LOCAL DE SALUD	PROCESO:	TRD	Código-serie-subserie

Fotografia		Audios		Videos		Otros datos personales	

Mediante el presente se autoriza a la Alcaldía Municipal de Floridablanca para que haga el uso y tratamiento de los derechos de imagen para incluirlos en fotografías y/o producciones audiovisuales (videos), así como de los Derechos de Autor, los Derechos Conexos y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

Esta autorización se regirá por las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012; normas legales aplicables y en particular por las siguientes:

- La autorización comprende captar, tomar, almacenar y editar las imágenes para incluirlos en video/fotografía.
- Este video/fotografía podrá ser utilizado con fines educativos e informativos en diferentes escenarios y plataformas (físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza) de la Alcaldía Municipal de Floridablanca.
- Este video/fotografía es sin ánimo de lucro y en ningún momento será utilizado para objetivos distintos. La Alcaldía Municipal de Floridablanca queda exento de cualquier responsabilidad que se pueda derivar de la presente actividad con la firma de la autorización.
- La presente autorización no tiene ningún límite de tiempo para su concesión, ni para explotación de las imágenes, o parte de estas, por lo que mi autorización se considera concedida por un plazo de tiempo ilimitado.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere la Alcaldía Municipal de Floridablanca

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales vigente, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales virtuales o presenciales: página web de la entidad (www.floridablanca.gov.co), o subsidiariamente en las instalaciones de la Alcaldía Municipal de Floridablanca, Calle 5 # 8-25 Casco Antiguo.

Finalmente, manifiesto que el/la profesional encargado de la socialización de este documento, me ha aclarado las dudas que me han surgido de la autorización que estoy aceptando.

Autorización individual

Yo, Valentina Mera Obregon, identificado(a) con documento de identidad No. 1098806818 de Bucaramanga en mi calidad de persona natural autorizo a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, el uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producción audiovisual (videos), así como los patrimoniales de autor y derechos conexos, y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

Firma autorización adulto(s).

Valentina Mera — Nombre

1098806818 — Cédula de ciudadanía

Alcaldía Municipal de Floridablanca	AUTORIZACIÓN DE USO DE DERECHOS DE IMAGEN SOBRE FOTOGRAFÍAS Y PRODUCCIONES AUDIOVISUALES (VIDEOS)	CÓDIGO:	IC-F-04
		VERSIÓN	00
		FECHA ELAB	07/02/2022
		FECHA APROB	09/02/2022
SECRETARIA LOCAL DE SALUD	PROCESO:	TRD	Código-serie-subserie

Autorización menor de edad

Atendiendo al ejercicio de la Patria Potestad, establecido en el Código Civil Colombiano en su artículo 288, el artículo 24 del Decreto 2820 de 1974 y la Ley de Infancia y Adolescencia, autorizo a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, como padre/madre de familia o acudiente del menor de edad: _____, identificado(a) con registro civil ( ) Tarjeta de Identidad ( ) número_____, para que aparezca ante la cámara, en una videograbación o captura de imágenes fotográficas.

Firma autorización para menor(es) de edad.

_____ _____

Nombre del padre/madre de familia o acudiente Cédula de ciudadanía

Autorización grupos

Las personas abajo relacionadas autorizamos a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, el uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producción audiovisual (videos), así como los patrimoniales de autor y derechos conexos, y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO

Para constancia de lo anterior se firma y otorga en la ciudad de Floridablanca, el día 25 del mes September del año 2024.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

ACTA DE CONCERTACION UNIMEDICOS

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

ACTA DE CONCERTACIÓN

Fecha : 13 Sep **Hora :** 10:30 am

Lugar : Unimedicas

Programa PDSP: Sexualidad derechos sexuales y reproductivos.

Meta Sanitaria del componente o meta de producto:

Servicio de Gestion del riesgo en temas de Salud Sexual y reproductiva en la comunidad de Floridablanca

Actividad Programada:

Jornada de promocion comunitaria de Salud Sexual en el asentamiento el paramo y la urbanizacion agua clara

Orden Del dia :

Saludo de bienvenida

Presentacion de actividad y solicitud de acompañamiento

Compromiso

Desarrollo de la Réunion :

Siendo las 10:30 am se da inicio a la reunion para solicitar acompañamiento en las actividades del asentamiento el paramo y urbanizacion agua clara, a Unimedicos.

La auxiliar de enfermeria, manifiesta la disponibilidad para la actividad, con implante subdermico

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

y asesoria a las mujeres de la actividad residentes de los sitios a intervenir.

Compromisos:

La profesional del PIC, se compromete a habilitar una mesa, una carpa o sitio privado para la colocacion del implante subdermico a las mujeres que opten por el metodo.

Registro de Asistentes:

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO O DEPENDENCIA	NUMERO DE CEDULA	NUMERO TELEFONO NUMERO CELULAR	FIRMA
Johanna Gallo	Unimedicos Aux. Enfermeria	1095833280	3142931904	Johanna Gallo
Leidy Bautista	PIC 2024	63550640	3229285654	LeidyB.

Alcaldía Municipal de Floridablanca	AUTORIZACIÓN DE USO DE DERECHOS DE IMAGEN SOBRE FOTOGRAFÍAS Y PRODUCCIONES AUDIOVISUALES (VIDEOS)	CÓDIGO:	IC-F-04
		VERSIÓN	00
		FECHA ELAB	07/02/2022
		FECHA APROB	09/02/2022
SECRETARIA LOCAL DE SALUD	PROCESO:	TRD	Código-serie-subserie

Fotografía		Audios		Videos		Otros datos personales	

Mediante el presente se autoriza a la Alcaldía Municipal de Floridablanca para que haga el uso y tratamiento de los derechos de imagen para incluirlos en fotografías y/o producciones audiovisuales (videos), así como de los Derechos de Autor, los Derechos Conexos y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

Esta autorización se regirá por las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012; normas legales aplicables y en particular por las siguientes:

- La autorización comprende captar, tomar, almacenar y editar las imágenes para incluirlos en video/fotografía.
- Este video/fotografía podrá ser utilizado con fines educativos e informativos en diferentes escenarios y plataformas (físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza) de la Alcaldía Municipal de Floridablanca.
- Este video/fotografía es sin ánimo de lucro y en ningún momento será utilizado para objetivos distintos. La Alcaldía Municipal de Floridablanca queda exento de cualquier responsabilidad que se pueda derivar de la presente actividad con la firma de la autorización.
- La presente autorización no tiene ningún límite de tiempo para su concesión, ni para explotación de las imágenes, o parte de estas, por lo que mi autorización se considera concedida por un plazo de tiempo ilimitado.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere la Alcaldía Municipal de Floridablanca

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales vigente, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales virtuales o presenciales: página web de la entidad (www.floridablanca.gov.co), o subsidiariamente en las instalaciones de la Alcaldía Municipal de Floridablanca, Calle 5 # 8-25 Casco Antiguo.

Finalmente, manifiesto que el/la profesional encargado de la socialización de este documento, me ha aclarado las dudas que me han surgido de la autorización que estoy aceptando.

Autorización individual

Yo, Johanna Gallo Quintero, identificado(a) con documento de identidad No. 1095833230 de Fblanca. en mi calidad de persona natural autorizo a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, el uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producción audiovisual (videos), así como los patrimoniales de autor y derechos conexos, y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

Firma autorización adulto(s).

Johanna Gallo
Nombre

1095833230
Cédula de ciudadanía

Alcaldía Municipal de Floridablanca	AUTORIZACIÓN DE USO DE DERECHOS DE IMAGEN SOBRE FOTOGRAFÍAS Y PRODUCCIONES AUDIOVISUALES (VIDEOS)	CÓDIGO:	IC-F-04
		VERSIÓN	00
		FECHA ELAB	07/02/2022
		FECHA APROB	09/02/2022
SECRETARIA LOCAL DE SALUD	PROCESO:	TRD	Código-serie-subserie

Autorización menor de edad

Atendiendo al ejercicio de la Patria Potestad, establecido en el Código Civil Colombiano en su artículo 288, el artículo 24 del Decreto 2820 de 1974 y la Ley de Infancia y Adolescencia, autorizo a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, como padre/madre de familia o acudiente del menor de edad: _____, identificado(a) con registro civil ( ) Tarjeta de Identidad ( ) número_____, para que aparezca ante la cámara, en una videograbación o captura de imágenes fotográficas.

Firma autorización para menor(es) de edad.

_____ _____

Nombre del padre/madre de familia o acudiente Cédula de ciudadanía

Autorización grupos

Las personas abajo relacionadas autorizamos a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, el uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producción audiovisual (videos), así como los patrimoniales de autor y derechos conexos, y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO

Para constancia de lo anterior se firma y otorga en la ciudad de Floridablanca, el día 13 del mes Septiembre del año 2024.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 13 de septiembre de 2024

LUGAR: UNIMEDICOS

HORA: 10:30 am

DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES REALIZADAS: Reunión de concertación para acompañamiento durante la Jornada de promoción comunitaria de salud sexual en el asentamiento el páramo y urbanización agua clara, los días 27 y 28 de septiembre de 2024.



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

ACTA DE CONCERTACION

SECRETARIA DE EDUCACION

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

ACTA DE CONCERTACION

Fecha: 17 de septiembre de 2024 **Hora**: 8:00 am

Lugar: Secretaria de educacion de Floridablanca

Programa: Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

Meta Sanitaria del componente o meta de producto: Servicio de gestión del riesgo en temas de salud sexual y reproductiva en la comunidad de Floridablanca.

Actividad Programada: Realizar una campaña de información en salud en el marco de la conmemoración de la prevención del embarazo en adolescentes y jóvenes, donde se realice: 1. Sala situacional en salud TEMÁTICA: Prevención embarazo teniendo en cuenta el lema mundial indicado para el año 2024. 2. Jornada de promoción comunitaria de salud sexual en el asentamiento el páramo y urbanización agua clara. 3. Una jornada de información en salud con colocación de stands de información lúdica en institución educativa universitaria donde se promocione servicios amigables, métodos de planificación modernos y prevención de embarazo no planeado, oferta aplicación de pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de preservativos de acuerdo a norma 4. Una jornada de información en salud con colocación de stands de información lúdica en parque principal en día de mercado, donde se promocione servicios amigables, métodos de planificación modernos y prevención de embarazo no planeado, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a norma. 5. Elaboración de un comercial televisivo con 5 emisiones en horario de alta audiencia, promocionando la importancia de la prevención del embarazo no planeado-IVE. 6. elaboración de pendón con lema mundial indicado para el año 2024

Orden Del día:
1. Se inicia con saludo de bienvenida,
2. Presentación de los asistentes
3. Seleccion del colegio para realizar la sala siuacional.

Desarrollo de la Reunión: Siendo las 8:00 am, entre Secretaria de educaciòn de Floridablanca y Marcela Buitrago Profesional PIC 2024, dan inicio a la reunión para la seleccion del colegio y programacion de Sala situacional en salud TEMÁTICA: Prevención embarazo teniendo en cuenta el lema mundial indicado para el año 2024.

Descripción de la actividad: La secretaria de Educacion sugiere el INSTITUTO GABRIEL GARCIA MARQUEZ DE FLORIDABLANCA, para realizar el abordaje, ya que la institucion manifesto casos de embarazos en la poblacion estudiantil.

Compromisos: Cumplimiento de las actividades programadas deacuerdo a lo establecidoo en PIC 2024, asi como la utilizacion de los formatos asignados para cada evidencia.

Registro de Asistentes:

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO O DEPENDENCIA	CEDULA	TELEFONO /CELULAR	FIRMA
Julyvante Cano	Apoyo profesional	1098739052	3052471767	
Marcela Buitrago	Coord. PIC	1098638482	3207755621	

Alcaldía Municipal de Floridablanca	AUTORIZACIÓN DE USO DE DERECHOS DE IMAGEN SOBRE FOTOGRAFÍAS Y PRODUCCIONES AUDIOVISUALES (VIDEOS)	CÓDIGO:	IC-F-04
		VERSIÓN	00
		FECHA ELAB	07/02/2022
		FECHA APROB	09/02/2022
SECRETARIA LOCAL DE SALUD	PROCESO:	TRD	Código-serie-subserie

Fotografía		Audios		Videos		Otros datos personales	

Mediante el presente se autoriza a la Alcaldía Municipal de Floridablanca para que haga el uso y tratamiento de los derechos de imagen para incluirlos en fotografías y/o producciones audiovisuales (videos), así como de los Derechos de Autor, los Derechos Conexos y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

Esta autorización se regirá por las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012; normas legales aplicables y en particular por las siguientes:

- La autorización comprende captar, tomar, almacenar y editar las imágenes para incluirlos en video/fotografía.
- Este video/fotografía podrá ser utilizado con fines educativos e informativos en diferentes escenarios y plataformas (físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza) de la Alcaldía Municipal de Floridablanca.
- Este video/fotografía es sin ánimo de lucro y en ningún momento será utilizado para objetivos distintos. La Alcaldía Municipal de Floridablanca queda exento de cualquier responsabilidad que se pueda derivar de la presente actividad con la firma de la autorización.
- La presente autorización no tiene ningún límite de tiempo para su concesión, ni para explotación de las imágenes, o parte de estas, por lo que mi autorización se considera concedida por un plazo de tiempo ilimitado.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere la Alcaldía Municipal de Floridablanca

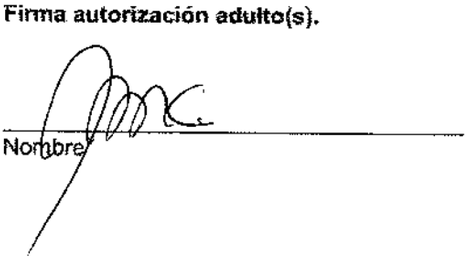
Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales vigente, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales virtuales o presenciales: página web de la entidad (www.floridablanca.gov.co), o subsidiariamente en las instalaciones de la Alcaldía Municipal de Floridablanca, Calle 5 # 8-25 Casco Antiguo.

Finalmente, manifiesto que el/la profesional encargado de la socialización de este documento, me ha aclarado las dudas que me han surgido de la autorización que estoy aceptando.

Autorización individual

Yo, _____, identificado(a) con documento de identidad No. _____ de _____ en mi calidad de persona natural autorizo a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, el uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producción audiovisual (videos), así como los patrimoniales de autor y derechos conexos, y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

Firma autorización adulto(s).



Nombre

1098739052

Cédula de ciudadanía

Alcaldía Municipal de Floridablanca	AUTORIZACIÓN DE USO DE DERECHOS DE IMAGEN SOBRE FOTOGRAFÍAS Y PRODUCCIONES AUDIOVISUALES (VIDEOS)	CÓDIGO:	IC-F-04
		VERSIÓN	00
		FECHA ELAB	07/02/2022
		FECHA APROB	09/02/2022
SECRETARIA LOCAL DE SALUD	PROCESO:	TRD	Código-serie-subserie

Autorización menor de edad

Atendiendo al ejercicio de la Patria Potestad, establecido en el Código Civil Colombiano en su artículo 288, el artículo 24 del Decreto 2820 de 1974 y la Ley de Infancia y Adolescencia, autorizo a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, como padre/madre de familia o acudiente del menor de edad: _____, identificado(a) con registro civil ( ) Tarjeta de Identidad ( ) número_____, para que aparezca ante la cámara, en una videograbación o captura de imágenes fotográficas.

Firma autorización para menor(es) de edad.

_____ _____

Nombre del padre/madre de familia o acudiente Cédula de ciudadanía

Autorización grupos

Las personas abajo relacionadas autorizamos a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, el uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producción audiovisual (videos), así como los patrimoniales de autor y derechos conexos, y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO

Para constancia de lo anterior se firma y otorga en la ciudad de Floridablanca, el día 17 del mes septiembre del año 2024.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 17 de septiembre de 2024

LUGAR: SECRETARIA DE EDUCACION

HORA: 8:00 am

DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES REALIZADAS: Reunión de concertación para la realización

Sala situacional en salud TEMÁTICA: Prevención embarazo teniendo en cuenta el lema mundial indicado para el año 2024



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

ACTA DE CONCERTACIÓN COLEGIO GABRIEL GARCIA MARQUEZ Y REGISTRO FOTOGRÁFICO CON CONSENTIMIENTO INFORMADO

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

ACTA DE CONCERTACIÓN

Fecha: 17 de septiembre de 2024 **Hora**: 10:00 am

Lugar: INSTITUTO GABRIEL GARCIA MARQUEZ

Programa: Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

Meta Sanitaria del componente o meta de producto: Servicio de gestión del riesgo en temas de salud sexual y reproductiva en la comunidad de Floridablanca.

Actividad Programada: Realizar una campaña de información en salud en el marco de la conmemoración de la prevención del embarazo en adolescentes y jóvenes, donde se realice: 1. Sala situacional en salud TEMÁTICA: Prevención embarazo teniendo en cuenta el lema mundial indicado para el año 2024, 2. Jornada de promoción comunitaria de salud sexual en el asentamiento el páramo y urbanización agua clara, 3. Una jornada de información en salud con colocación de stands de información lúdica en institución educativa universitaria donde se promocione servicios amigables, métodos de planificación modernos y prevención de embarazo no planeado, oferta aplicación de pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de preservativos de acuerdo a norma, 4. Una jornada de información en salud con colocación de stands de información lúdica en parque principal en día de mercado, donde se promocione servicios amigables, métodos de planificación modernos y prevención de embarazo no planeado, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a norma, 5. Elaboración de un comercial televisivo con 5 emisiones en horario de alta audiencia, promocionando la importancia de la prevención del embarazo no planeado-IVE, 6. elaboración de pendón con lema mundial indicado para el año 2024

Orden Del día:
- ✓ Saludo de bienvenida
- ✓ Presentación de los asistentes
- ✓ Socializacion de los temas a realizar
- ✓ Metodología a utilizar
- ✓ Establecer fechas y grados a intervenir
- ✓ Definición de compromisos

Desarrollo de la Reunión: Siendo las 10:00 am, entre la docente orientadora del INSTITUTO GABRIEL GARCIA MARQUEZ y Leidy Bautista Profesional PIC 2024, dan inicio a la reunión para la programacion de Realizar una campaña de información en salud en el marco de la conmemoración de la prevención del embarazo en adolescentes y jóvenes, donde se realice: 1. Sala situacional en salud TEMÁTICA: Prevención embarazo teniendo en cuenta el lema mundial indicado para el año 2024

Deacuerdo con lo anterior la profesional del PIC presenta la metodologia a trabajar:

1. Se hará decoración sobre la Semana Andina de Prevención del Embarazo en la Infancia y la Adolescencia, bajo el lema: #HablarDeSexualidadNoEsIncomodidad. Se instalará mesa principal, con la participación del Rector de la Institución, Ponentes, representantes de la Secretaria de Salud de Floridablanca. Se hará la apertura de la Sala Situacional con palabras de agradecimiento e importancia de la temática a trabajar.

2. Se realizará una ponencia sobre la situación actual y estadística de los embarazos en adolescentes en Colombia y una ponencia sobre salud sexual y reproductiva.

3. Se realizará una ponencia sobre la situación actual y estadística de los embarazos en adolescentes en Colombia.

4. Se hará una ponencia sobre salud sexual y reproductiva.
5. Agradecimiento y cierre de la actividad.
6. Refrigerio

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 17 de septiembre de 2024

LUGAR: COLEGIO GABRIEL GARCIA MARQUEZ

HORA: 10:00 am

DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES REALIZADAS: Reunión de concertación para la realización de la Sala situacional en salud TEMÁTICA: Prevención embarazo teniendo en cuenta el lema mundial indicado para el año 2024.



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

La institucion establece que la actividad debe ser en la jornada de la mañana, de la siguiente manera :

Fecha	hora	Temas-
24 de septiembre de 2024	9:30 am a 11:30 am	Prevención embarazo teniendo en cuenta el lema mundial indicado para el año 2024,

Se indaga sobre las evidencias fotograficas y el coordinador menciona que no se permiten fotos directas al rostro de los estudiantes, por tal razon firmara autorizacion para el registro fotografico solo de espaldas o con filtros, a fin de proteger laidentidad de los menores.

Compromisos:

La institucion se compromete a garantizar el espacio academico para trabajar las tematicas mencionadas con los estudiantes.
La profesional del PIC se compromete a cumplir con la agenda programada deacuerdo a lo antes mencionado.

Registro de Asistentes:

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO O DEPENDENCIA	NUMERO DE CEDULA	NUMERO TELEFONO NUMERO CELULAR	FIRMA
MARIA MERCEDES SOLER	DOCENTE ORIENTADORA	63369015	3174856331	
Leidy Bautista	PIC 2024	63550440	3222925634	

Alcaldía Municipal de Floridablanca	AUTORIZACIÓN DE USO DE DERECHOS DE IMAGEN SOBRE FOTOGRAFÍAS Y PRODUCCIONES AUDIOVISUALES (VIDEOS)	CÓDIGO:	IC-F-04
		VERSIÓN	00
		FECHA ELAB	07/02/2022
		FECHA APROB	09/02/2022
SECRETARIA LOCAL DE SALUD	PROCESO:	TRD	Código-serie-subserie

Fotografía	X	Audios		Videos		Otros datos personales	

Mediante el presente se autoriza a la Alcaldía Municipal de Floridablanca para que haga el uso y tratamiento de los derechos de imagen para incluirlos en fotografías y/o producciones audiovisuales (videos), así como de los Derechos de Autor, los Derechos Conexos y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

Esta autorización se regirá por las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012; normas legales aplicables y en particular por las siguientes:

- La autorización comprende captar, tomar, almacenar y editar las imágenes para incluirlos en video/fotografía.
- Este video/fotografía podrá ser utilizado con fines educativos e informativos en diferentes escenarios y plataformas (físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza) de la Alcaldía Municipal de Floridablanca.
- Este video/fotografía es sin ánimo de lucro y en ningún momento será utilizado para objetivos distintos. La Alcaldía Municipal de Floridablanca queda exento de cualquier responsabilidad que se pueda derivar de la presente actividad con la firma de la autorización.
- La presente autorización no tiene ningún límite de tiempo para su concesión, ni para explotación de las imágenes, o parte de estas, por lo que mi autorización se considera concedida por un plazo de tiempo ilimitado.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere la Alcaldía Municipal de Floridablanca

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales vigente, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales virtuales o presenciales: página web de la entidad (www.floridablanca.gov.co), o subsidiariamente en las instalaciones de la Alcaldía Municipal de Floridablanca, Calle 5 # 8-25 Casco Antiguo.

Finalmente, manifiesto que el/la profesional encargado de la socialización de este documento, me ha aclarado las dudas que me han surgido de la autorización que estoy aceptando.

Autorización individual

Yo, MARIA MERCEDES SUAREZ, identificado(a) con documento de identidad No. 63369015 de BUCARAMANGA en mi calidad de persona natural autorizo a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, el uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producción audiovisual (videos), así como los patrimoniales de autor y derechos conexos, y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

Firma autorización adulto(s).

MARIA MERCEDES SUAREZ
Nombre

63369015
Cédula de ciudadanía

Alcaldía Municipal de Floridablanca	AUTORIZACIÓN DE USO DE DERECHOS DE IMAGEN SOBRE FOTOGRAFÍAS Y PRODUCCIONES AUDIOVISUALES (VIDEOS)	CÓDIGO:	IC-F-04
		VERSIÓN	00
		FECHA ELAB	07/02/2022
		FECHA APROB	09/02/2022
SECRETARIA LOCAL DE SALUD	PROCESO:	TRD	Código-serie-subserie

Autorización menor de edad

Atendiendo al ejercicio de la Patria Potestad, establecido en el Código Civil Colombiano en su artículo 288, el artículo 24 del Decreto 2820 de 1974 y la Ley de Infancia y Adolescencia, autorizo a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, como padre/madre de familia o acudiente del menor de edad: _____, identificado(a) con registro civil ( ) Tarjeta de Identidad ( ) número_____, para que aparezca ante la cámara, en una videograbación o captura de imágenes fotográficas.

Firma autorización para menor(es) de edad.

_____ _____

Nombre del padre/madre de familia o acudiente Cédula de ciudadanía

Autorización grupos

Las personas abajo relacionadas autorizamos a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, el uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producción audiovisual (videos), así como los patrimoniales de autor y derechos conexos, y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO

Para constancia de lo anterior se firma y otorga en la ciudad de Floridablanca, el día 17 del mes Septiembre del año 2024.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

ACTA DESARROLLO DE ACTIVIDAD

Y

CERTIFICADO DE ACTIVIDADES POR DEL COLEGIO GABRIEL GARCIA MARQUEZ

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

ACTA DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

Fecha: 24 de septiembre de 2024 **Hora**: 9:30 am a 11:30 am

Lugar: INSTITUTO GABRIEL GARCIA MARQUEZ

Programa: Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

Meta Sanitaria del componente o meta de producto: Servicio de gestión del riesgo en temas de salud sexual y reproductiva en la comunidad de Floridablanca.

Actividad Programada: Realizar una campaña de información en salud en el marco de la conmemoración de la prevención del embarazo en adolescentes y jóvenes, donde se realice: 1. Sala situacional en salud TEMÁTICA: Prevención embarazo teniendo en cuenta el lema mundial indicado para el año 2024, 2. Jornada de promoción comunitaria de salud sexual en el asentamiento el páramo y urbanización agua clara, 3. Una jornada de información en salud con colocación de stands de información lúdica en institución educativa universitaria donde se promocione servicios amigables, métodos de planificación modernos y prevención de embarazo no planeado, oferta aplicación de pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de preservativos de acuerdo a norma, 4. Una jornada de información en salud con colocación de stands de información lúdica en parque principal en día de mercado, donde se promocione servicios amigables, métodos de planificación modernos y prevención de embarazo no planeado, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a norma, 5. Elaboración de un comercial televisivo con 5 emisiones en horario de alta audiencia, promocionando la importancia de la prevención del embarazo no planeado-IVE, 6. elaboración de pendón con lema mundial indicado para el año 2024

Orden Del día:

Saludo de bienvenida y Presentación de los asistentes
Socialización de los temas a realizar

Desarrollo de la Actividad:

Fecha	hora	Temas
24 de septiembre de 2024	9:30 am a 11:30 am	Prevención embarazo teniendo en cuenta el lema mundial indicado para el año 2024,

1.Decoración sobre la Semana Andina de Prevención del Embarazo en la Infancia y la Adolescencia, bajo el lema: #HablarDeSexualidadNoEsIncomodidad.

2.Bienvenida y presentación: Saludo de bienvenida y presentación del expositor.

3.Instalación mesa principal, con la participación del Rector de la Institución, Ponentes, representantes de la Secretaria de Salud de Floridablanca.

4. Ponencia sobre la situación actual y estadística de los embarazos en adolescentes en Colombia, a cargo del Dr. Álvaro Gutiérrez Aranguen, quien manifiesta que la situación actual de embarazos en adolescentes en Colombia es un tema preocupante. Según el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), existen tres tipologías de factores asociados a la fecundidad adolescente en Colombia: factores intrapersonales individuales, factores familiares y factores socioculturales.

En cuanto a las estadísticas, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) reportó que, en 2022, la tasa de embarazo adolescente en Colombia fue de 53,6 por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años. Esto representa una disminución con respecto a años anteriores, pero aún es un número significativo.

- ✓ Tasa de embarazo adolescente: 53,6 por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años (2022)
- ✓ Edad promedio de maternidad: 17,6 años (2022)
- ✓ Porcentaje de madres adolescentes: 12,1% del total de madres en Colombia (2022)

Es importante destacar que las adolescentes de contextos más vulnerables son las que tienen más probabilidades de convertirse en madres. Esto sugiere que la pobreza, la falta de educación y la falta de acceso a servicios de salud son factores clave que contribuyen al embarazo adolescente.

El Dr. Gutiérrez hace las siguientes recomendaciones a los estudiantes:

- ✓ Buscar información confiable sobre sexualidad y reproducción.
- ✓ Aprovechar los programas de educación sexual en la institución.
- ✓ Conocer los derechos y opciones en cuanto a salud reproductiva.
- ✓ Utilizar métodos anticonceptivos adecuados.
- ✓ Practicar la abstinencia o sexo seguro.
- ✓ Establecer metas y objetivos personales antes de tomar decisiones.
- ✓ Hablar con alguien de confianza sobre los sentimientos.
- ✓ Buscar apoyo en familiares, amigos o profesionales.

5. Ponencia sobre salud sexual y reproductiva, a cargo del Dr Eduardo Morales Blanco, quien indica que hablara sobre un tema muy importante para la salud y bienestar: la salud sexual y reproductiva. Como adolescentes, es fundamental que tengan acceso a información precisa y confiable para tomar decisiones informadas sobre su cuerpo y su futuro. Aclara el concepto de Salud sexual: estado de bienestar físico, emocional y mental relacionado con la sexualidad y Salud reproductiva: capacidad de reproducirse y tener hijos saludables.

Explica los Mitos y realidades

- El sexo seguro es posible con la utilización de métodos anticonceptivos.
- La virginidad no es una garantía contra enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- La salud sexual no solo se refiere a la prevención de enfermedades, sino también a la satisfacción y el placer.

Socializa los siguientes Métodos anticonceptivos

- Píldora anticonceptiva
- Condón
- Anillo vaginal
- Inyección anticonceptiva
- Diu (Dispositivo Intrauterino)

Socializa las siguientes Enfermedades de transmisión sexual (ETS)

- SIDA- Gonorrea
- Clamidia- Herpes- HPV

Recomendaciones:

1. Busca información confiable y precisa sobre salud sexual y reproductiva.
2. Utiliza métodos anticonceptivos adecuados.
3. Practica el sexo seguro.
4. Hazte exámenes regulares de salud reproductiva.
5. Habla con alguien de confianza sobre tus sentimientos y preocupaciones.
6. Establece metas y objetivos personales para tu salud y bienestar.
7. Busca apoyo en familiares, amigos o profesionales de la salud.

6. Agradecimiento y cierre de la actividad.

Material Utilizado Para el Desarrollo de la Actividad:

- Facilitador (Profesional Enfermera y de Psicología del programa PIC)
- Papel bon
- Marcadores
- Material bibliográfico sobre Salud sexual y reproductiva.
- Infografía sobre derechos sexuales y reproductivos
- Material bibliográfico IVE
- Temperas
- Colores
- Cinta
- Tijeras
- Pegante
- Plotters derechos sexuales
- Plotter IVE
- Plotter métodos de planificación
- Bombas
- Parlante
- Computador

Registro Constancia de Ejecución:

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO O DEPENDENCIA	NUMERO DE CEDULA	NUMERO TELEFONO NUMERO CELULAR	FIRMA
MARIA MERCEDES SUAREZ	DOCENTE ORIENTADORA	6336905	3174855331	
Leidy Bautista	PIC 2024	63536640	3222923654	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

REGISTRO FOTOGRÁFICO FECHA Y HORA DE EVIDENCIA, CON CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL COLEGIO GABRIEL GARCIA MARQUEZ

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 24 de septiembre de 2024
LUGAR: COLEGIO GABRIEL GARCIA MARQUEZ
HORA: 9:30 am -11:30 am
DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES REALIZADAS: Sala situacional en salud TEMÁTICA: Prevención embarazo teniendo en cuenta el lema mundial indicado para el año 2024.







PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 24 de septiembre de 2024
LUGAR: COLEGIO GABRIEL GARCIA MARQUEZ
HORA: 9:30 am -11:30 am
DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES REALIZADAS: Sala situacional en salud TEMÁTICA: Prevención embarazo teniendo en cuenta el lema mundial indicado para el año 2024.







Alcaldía Municipal de Floridablanca	AUTORIZACIÓN DE USO DE DERECHOS DE IMAGEN SOBRE FOTOGRAFÍAS Y PRODUCCIONES AUDIOVISUALES (VIDEOS)	CÓDIGO:	IC-F-04
		VERSIÓN	00
		FECHA ELAB	07/02/2022
		FECHA APROB	09/02/2022
SECRETARIA LOCAL DE SALUD	PROCESO:	TRD	Código-serie-subserie

Fotografía	X	Audios		Videos		Otros datos personales	

Mediante el presente se autoriza a la Alcaldía Municipal de Floridablanca para que haga el uso y tratamiento de los derechos de imagen para incluirlos en fotografías y/o producciones audiovisuales (videos), así como de los Derechos de Autor, los Derechos Conexos y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

Esta autorización se regirá por las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012; normas legales aplicables y en particular por las siguientes:

- La autorización comprende captar, tomar, almacenar y editar las imágenes para incluirlos en video/fotografía.
- Este video/fotografía podrá ser utilizado con fines educativos e informativos en diferentes escenarios y plataformas (físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza) de la Alcaldía Municipal de Floridablanca.
- Este video/fotografía es sin ánimo de lucro y en ningún momento será utilizado para objetivos distintos. La Alcaldía Municipal de Floridablanca queda exento de cualquier responsabilidad que se pueda derivar de la presente actividad con la firma de la autorización.
- La presente autorización no tiene ningún límite de tiempo para su concesión, ni para explotación de las imágenes, o parte de estas, por lo que mi autorización se considera concedida por un plazo de tiempo ilimitado.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere la Alcaldía Municipal de Floridablanca

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales vigente, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales virtuales o presenciales: página web de la entidad (www.floridablanca.gov.co), o subsidiariamente en las instalaciones de la Alcaldía Municipal de Floridablanca, Calle 5 # 8-25 Casco Antiguo.

Finalmente, manifiesto que el/la profesional encargado de la socialización de este documento, me ha aclarado las dudas que me han surgido de la autorización que estoy aceptando.

Autorización individual

Yo, _____, identificado(a) con documento de identidad No. _____ de _____ en mi calidad de persona natural autorizo a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, el uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producción audiovisual (videos), así como los patrimoniales de autor y derechos conexos, y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

Firma autorización adulto(s).

_____ _____

Nombre Cédula de ciudadanía

Alcaldía Municipal de Floridablanca	AUTORIZACIÓN DE USO DE DERECHOS DE IMAGEN SOBRE FOTOGRAFÍAS Y PRODUCCIONES AUDIOVISUALES (VIDEOS)	CÓDIGO:	IC-F-04
		VERSIÓN	00
		FECHA ELAB	07/02/2022
		FECHA APROB	09/02/2022
SECRETARIA LOCAL DE SALUD	PROCESO:	TRD	Código-serie-subserie

Autorización menor de edad

Atendiendo al ejercicio de la Patria Potestad, establecido en el Código Civil Colombiano en su artículo 288, el artículo 24 del Decreto 2820 de 1974 y la Ley de Infancia y Adolescencia, autorizo a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, como padre/madre de familia o acudiente del menor de edad: _____, identificado(a) con registro civil ( ) Tarjeta de identidad ( ) número_____, para que aparezca ante la cámara, en una videograbación o captura de imágenes fotográficas.

Firma autorización para menor(es) de edad.

Maria Mercedes Suarez
Nombre del padre/madre de familia o acudiente

63369015
Cédula de ciudadanía

Autorización grupos

Las personas abajo relacionadas autorizamos a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, el uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producción audiovisual (videos), así como los patrimoniales de autor y derechos conexos, y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO

Para constancia de lo anterior se firma y otorga en la ciudad de Floridablanca, el día 24 del mes septiembre del año 2024

EL INSTITUTO GABRIEL GARCIA MARQUEZ
DE FLORIDABLANCA

HACE CONSTAR

Que, desde Programa de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, del el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC 2024) de la ESE Clínica Guane, se realizó la Sala situacional en salud TEMÁTICA: Prevención embarazo teniendo en cuenta el lema mundial indicado para el año 2024, el día 24 de septiembre de 2024.

Como resultado, se logró intervenir a un total de 150 estudiantes, Con la siguiente Caracterización poblacional:

FECHA: 24 de septiembre de 2024 **TEMAS:** Prevención embarazo.						
Primera infancia de 0 a 5 años	**Infancia de 6 a 11 años**	**Adolescencia de 12 a 17 años**	**MASCULINO**	**FEMENINO**	**OTRO**	**Total**
		150	68	82		

Tipo de población	**Personas con discapacidad**	**Victima conflicto armado**	**Reintegrado**	**Migrante**	**LGTBIQ**	**Etnia**
Masculina						
Femenina						

Se da constancia en Floridablanca a los **24** días del mes de **septiembre** del año 2024

Firma _____

Nombre María Mercedes Suárez Contreras

María Mercedes Suárez C.
Docente Orientadora

Cargo Docente Orientadora

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

FORMATO POBLACIONAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

CONSOLIDADO DIFERENCIAL POBLACIÓN GENERAL

PROGRAMA: Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

META DE PRODUCTO: Servicio de gestión del riesgo en temas de salud sexual y reproductiva en la comunidad de Floridablanca.

ACTIVIDAD PROGRAMADA: Realizar una campaña de información en salud en el marco de la conmemoración de la prevención del embarazo en adolescentes y jóvenes, donde se realice: 1. Sala situacional en salud TEMÁTICA: Prevención embarazo teniendo en cuenta el lema mundial indicado para el año 2024, 2. Jornada de promoción comunitaria de salud sexual en el asentamiento el páramo y urbanización agua clara, 3. Una jornada de información en salud con colocación de stands de información lúdica en institución educativa universitaria donde se promocione servicios amigables, métodos de planificación modernos y prevención de embarazo no planeado, oferta aplicación de pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de preservativos de acuerdo a norma, 4. Una jornada de información en salud con colocación de stands de información lúdica en parque principal en día de mercado, donde se promocione servicios amigables, métodos de planificación modernos y prevención de embarazo no planeado, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a norma, 5. Elaboración de un comercial televisivo con 5 emisiones en horario de alta audiencia, promocionando la importancia de la prevención del embarazo no planeado-IVE, 6. elaboración de pendón con lema mundial indicado para el año 2024

PROFESIONAL RESPONSABLE: Profesional Enfermera Gloria Ines Zapata Campos- Leidy Johana Bautista Vargas- Profesional de Psicologia Yisel Tatiana Pinto Estupiñan del programa PIC 2024

FECHA: 24 de septiembre de 2024 | **LUGAR:** COLEGIO GABRIEL GARCIA MARQUEZ

Número total de personas beneficiadas	Número de personas beneficiadas según enfoque poblacional (por Ciclo de Vida)							Número de personas beneficiadas según enfoque territorial				Número de personas beneficiadas por tipo de población								
	Primera Infancia De 0 a 5 años	Infancia De 6 a 11 años	Adolescencia De 12 a 17 años	Jóvenes De 18 a 28 años	Adulto De 29 a 59 años	Adulto Mayor De 60 o más años	TOTAL	Area Rural	Nombre Vereda(s) beneficiados	Area Urbana	Nombre Barrio(s) beneficiados	Niños, Niñas y Adolescentes (NNA)	Mujeres	Personas con discapacidad	Victimas del conflicto armado	Reintegrados	Migrantes	Población LGTBIQ+	Etnias	TOTAL
FEMENINO	0	0	82	0	0	0	82			X	MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA	0	82	0	0	0	0	0	0	0

Número total de personas beneficiadas	Número de personas beneficiadas según enfoque poblacional (por Ciclo de Vida)							Número de personas beneficiadas según enfoque territorial				Número de personas beneficiadas por tipo de población								
	Primera Infancia De 0 a 5 años	Infancia De 6 a 11 años	Adolescencia De 12 a 17 años	Jóvenes De 18 a 28 años	Adulto De 29 a 59 años	Adulto Mayor De 60 o más años	TOTAL	Area Rural	Nombre Vereda(s) beneficiados	Area Urbana	Nombre Barrio(s) beneficiados	Niños, Niñas y Adolescentes (NNA)	Hombres	Personas con discapacidad	Victimas del conflicto armado	Reintegrados	Migrantes	Población LGTBIQ	Etnias	TOTAL
MASCULINO	0	0	68	0	0	0	68			X	MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA	0	68	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	150																			

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

ACTA DE CONCERTACIÓN DE UNIVERSIDAD SANTO TOMAS Y REGISTRO FOTOGRÁFICO CON CONSENTIMIENTO INFORMADO

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

ACTA DE CONCERTACIÓN

Fecha: 23 de septiembre de 2024 **Hora**: 8:00 am

Lugar: UNIVERSIDAD SANTO TOMAS FLORIDABLANCA

Programa: Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

Meta Sanitaria del componente o meta de producto: Servicio de gestión del riesgo en temas de salud sexual y reproductiva en la comunidad de Floridablanca.

Actividad Programada: Realizar una campaña de información en salud en el marco de la conmemoración de la prevención del embarazo en adolescentes y jóvenes, donde se realice: 1. Sala situacional en salud TEMÁTICA: Prevención embarazo teniendo en cuenta el lema mundial indicado para el año 2024, 2. Jornada de promoción comunitaria de salud sexual en el asentamiento el páramo y urbanización agua clara, 3. Una jornada de información en salud con colocación de stands de información lúdica en institución educativa universitaria donde se promocione servicios amigables, métodos de planificación modernos y prevención de embarazo no planeado, oferta aplicación de pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de preservativos de acuerdo a norma, 4. Una jornada de información en salud con colocación de stands de información lúdica en parque principal en día de mercado, donde se promocione servicios amigables, métodos de planificación modernos y prevención de embarazo no planeado, oferta aplicación de 50 pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de 500 preservativos de acuerdo a norma, 5. Elaboración de un comercial televisivo con 5 emisiones en horario de alta audiencia, promocionando la importancia de la prevención del embarazo no planeado-IVE, 6. elaboración de pendón con lema mundial indicado para el año 2024

Orden Del día:
- ✓ Saludo de bienvenida
- ✓ Presentación de los asistentes
- ✓ Socialización de los temas a realizar
- ✓ Metodología a utilizar
- ✓ Establecer fecha de ejecución
- ✓ Definición de compromisos

Desarrollo de la Reunión: Siendo las 08:00 am, entre la enfermera de bienestar universitario de la UNIVERSIDAD SANTO TOMAS FLORIDABLANCA y Marcela Buitrago Profesional PIC 2024, dan inicio a la reunión para la programacion de una jornada de información en salud con colocación de stands de información lúdica en institución educativa universitaria, con el objetivo de trabajar las tematicas inmersas en el programa Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, del Plan de Intervenciones colectivas (PIC 2024)

Deacuerdo con lo anterior la profesional del PIC presenta la metodologia a trabajar:

1. Bienvenida y presentación: Saludo de bienvenida y presentación del expositor.
- Introducción a los temas a tratar: Servicios amigables, métodos de planificación modernos y prevención de embarazo no planeado, oferta aplicación de pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de preservativos de acuerdo a norma.

2. Ubucacion de stan informativo para el recorrido libre de los estudiantes .

Stand con Asesoría en planificación familiar y servicios amigables	Jugaran el concéntrese con los métodos de planificación
Stand Educación sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual	Se hará una ronda de preguntas sobre las ITS, así mismo se entregaran preservativos
Stand con test para detección temprana de VIH, HB y sífilis	En un espacio privado los estudiantes de manera voluntaria podrán realizarse las pruebas rápidas. Y recibirán orientación deacuerdo a los resultados

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

La institucion establece que la actividad debe ser en una sola jornada, por medio de una feria educativa, facilitando el espacio fisico en la cancha de la institucion educativa, de la siguiente manera :

Fecha	hora	Temas
25 de septiembre de 2024	8:00am a 12:00 am	Servicios amigables, métodos de planificación modernos y prevención de embarazo no planeado, oferta aplicación de pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de preservativos de acuerdo a norma

Compromisos:

La institucion se compromete a garantizar el espacio academico para trabajar las tematicas mencionadas con los estudiantes.

La profesional del PIC se compromete a cumplir con la agenda programada deacuerdo a lo antes mencionado.

Registro de Asistentes:

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO O DEPENDENCIA	NUMERO DE CEDULA	NUMERO TELEFONO NUMERO CELULAR	FIRMA
Ruth Morande	B.F/ist. Enfer.	37945055	3014665714	
Marcela Buitrago	Coordinadora pic	1093838482	3209756621	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 23 de septiembre de 2024

LUGAR: UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

HORA: 08:00 am

DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES REALIZADAS: Reunión de concertación con Coordinación del UNIVERSIDAD SANTO TOMAS, para realizar una Jornada de información en salud con colocación de stands de información lúdica en institución educativa universitaria donde se promocione servicios amigables, métodos de planificación modernos y prevención de embarazo no planeado, oferta aplicación de pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de preservativos de acuerdo a la norma.



Alcaldía Municipal de Floridablanca	AUTORIZACIÓN DE USO DE DERECHOS DE IMAGEN SOBRE FOTOGRAFÍAS Y PRODUCCIONES AUDIOVISUALES (VIDEOS)	CÓDIGO:	IC-F-04
		VERSIÓN	00
		FECHA ELAB	07/02/2022
		FECHA APROB	09/02/2022
SECRETARIA LOCAL DE SALUD	PROCESO:	TRD	Código-serie-subserie

Fotografía	X	Audios		Videos		Otros datos personales	

Mediante el presente se autoriza a la Alcaldía Municipal de Floridablanca para que haga el uso y tratamiento de los derechos de imagen para incluirlos en fotografías y/o producciones audiovisuales (videos), así como de los Derechos de Autor, los Derechos Conexos y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

Esta autorización se regirá por las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012; normas legales aplicables y en particular por las siguientes:

- La autorización comprende captar, tomar, almacenar y editar las imágenes para incluirlos en video/fotografía.
- Este video/fotografía podrá ser utilizado con fines educativos e informativos en diferentes escenarios y plataformas (físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza) de la Alcaldía Municipal de Floridablanca.
- Este video/fotografía es sin ánimo de lucro y en ningún momento será utilizado para objetivos distintos. La Alcaldía Municipal de Floridablanca queda exento de cualquier responsabilidad que se pueda derivar de la presente actividad con la firma de la autorización.
- La presente autorización no tiene ningún límite de tiempo para su concesión, ni para explotación de las imágenes, o parte de estas, por lo que mi autorización se considera concedida por un plazo de tiempo ilimitado.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere la Alcaldía Municipal de Floridablanca

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales vigente, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales virtuales o presenciales: página web de la entidad (www.floridablanca.gov.co), o subsidiariamente en las instalaciones de la Alcaldía Municipal de Floridablanca, Calle 5 # 8-25 Casco Antiguo.

Finalmente, manifiesto que el/la profesional encargado de la socialización de este documento, me ha aclarado las dudas que me han surgido de la autorización que estoy aceptando.

Autorización individual

Yo, Ruth Yhorante P, identificado(a) con documento de identidad No. 37945055 de Bucaramanga, en mi calidad de persona natural autorizo a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, el uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producción audiovisual (videos), así como los patrimoniales de autor y derechos conexos, y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

Firma autorización adulto(s).

Ruth Yhorante P
Nombre

37945055
Cédula de ciudadanía

Alcaldía Municipal de Floridablanca	AUTORIZACIÓN DE USO DE DERECHOS DE IMAGEN SOBRE FOTOGRAFÍAS Y PRODUCCIONES AUDIOVISUALES (VIDEOS)	CÓDIGO:	IC-F-04
		VERSIÓN	00
		FECHA ELAB	07/02/2022
		FECHA APROB	09/02/2022
SECRETARIA LOCAL DE SALUD	PROCESO:	TRD	Código-serie-subserie

Autorización menor de edad

Atendiendo al ejercicio de la Patria Potestad, establecido en el Código Civil Colombiano en su artículo 288, el artículo 24 del Decreto 2820 de 1974 y la Ley de Infancia y Adolescencia, autorizo a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, como padre/madre de familia o acudiente del menor de edad: _____, identificado(a) con registro civil ( ) Tarjeta de Identidad ( ) número_____, para que aparezca ante la cámara, en una videograbación o captura de imágenes fotográficas.

Firma autorización para menor(es) de edad.

_____ _____

Nombre del padre/madre de familia o acudiente Cédula de ciudadanía

Autorización grupos

Las personas abajo relacionadas autorizamos a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, el uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producción audiovisual (videos), así como los patrimoniales de autor y derechos conexos, y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO

Para constancia de lo anterior se firma y otorga en la ciudad de Floridablanca, el día 28 del mes Septiembre del año 2024.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

REGISTRO FOTOGRÁFICO FECHA Y HORA DE EVIDENCIA, CON CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 25 de septiembre de 2024

LUGAR: UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

HORA: 08:00 am a 12:00pm

DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES REALIZADAS: Jornada de información en salud con colocación de stands de información lúdica en institución educativa universitaria donde se promocione servicios amigables, métodos de planificación modernos y prevención de embarazo no planeado, oferta aplicación de pruebas rápidas VIH, HB, SÍFILIS. Entrega de preservativos de acuerdo a la norma





Alcaldía Municipal de Floridablanca	AUTORIZACIÓN DE USO DE DERECHOS DE IMAGEN SOBRE FOTOGRAFÍAS Y PRODUCCIONES AUDIOVISUALES (VIDEOS)	CÓDIGO:	IC-F-04
		VERSIÓN	00
		FECHA ELAB	07/02/2022
		FECHA APROB	09/02/2022
SECRETARIA LOCAL DE SALUD	PROCESO:	TRD	Código-serie-subserie

Fotografía	X	Audios		Videos		Otros datos personales	

Mediante el presente se autoriza a la Alcaldía Municipal de Floridablanca para que haga el uso y tratamiento de los derechos de imagen para incluirlos en fotografías y/o producciones audiovisuales (videos), así como de los Derechos de Autor, los Derechos Conexos y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

Esta autorización se regirá por las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012; normas legales aplicables y en particular por las siguientes:

- La autorización comprende captar, tomar, almacenar y editar las imágenes para incluirlos en video/fotografía.
- Este video/fotografía podrá ser utilizado con fines educativos e informativos en diferentes escenarios y plataformas (físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza) de la Alcaldía Municipal de Floridablanca.
- Este video/fotografía es sin ánimo de lucro y en ningún momento será utilizado para objetivos distintos. La Alcaldía Municipal de Floridablanca queda exento de cualquier responsabilidad que se pueda derivar de la presente actividad con la firma de la autorización.
- La presente autorización no tiene ningún límite de tiempo para su concesión, ni para explotación de las imágenes, o parte de estas, por lo que mi autorización se considera concedida por un plazo de tiempo ilimitado.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere la Alcaldía Municipal de Floridablanca

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales vigente, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales virtuales o presenciales: página web de la entidad (www.floridablanca.gov.co), o subsidiariamente en las instalaciones de la Alcaldía Municipal de Floridablanca, Calle 5 # 8-25 Casco Antiguo.

Finalmente, manifiesto que el/la profesional encargado de la socialización de este documento, me ha aclarado las dudas que me han surgido de la autorización que estoy aceptando.

Autorización individual

Yo, _____, identificado(a) con documento de identidad No. _____ de _____ en mi calidad de persona natural autorizo a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, el uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producción audiovisual (videos), así como los patrimoniales de autor y derechos conexos, y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

Firma autorización adulto(s).

_____ _____

Nombre Cédula de ciudadanía

Alcaldía Municipal de Floridablanca	AUTORIZACIÓN DE USO DE DERECHOS DE IMAGEN SOBRE FOTOGRAFÍAS Y PRODUCCIONES AUDIOVISUALES (VIDEOS)	CÓDIGO:	IC-F-04
		VERSIÓN	00
		FECHA ELAB	07/02/2022
		FECHA APROB	09/02/2022
SECRETARIA LOCAL DE SALUD	PROCESO:	TRD	Código-serie-subserie

Autorización menor de edad

Atendiendo al ejercicio de la Patria Potestad, establecido en el Código Civil Colombiano en su artículo 288, el artículo 24 del Decreto 2820 de 1974 y la Ley de Infancia y Adolescencia, autorizo a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, como padre/madre de familia o acudiente del menor de edad: _____, identificado(a) con registro civil ( ) Tarjeta de Identidad ( ) número_____, para que aparezca ante la cámara, en una videograbación o captura de imágenes fotográficas.

Firma autorización para menor(es) de edad.

_____ _____

Nombre del padre/madre de familia o acudiente Cédula de ciudadanía

Autorización grupos

Las personas abajo relacionadas autorizamos a la Alcaldía Municipal de Floridablanca, el uso de derechos de imagen sobre fotografías y/o producción audiovisual (videos), así como los patrimoniales de autor y derechos conexos, y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	TELEFONO
Catalina Paez	C.C	1090378337	3112005691
Valentina Vargas	C.C	1101622795	3209797266
Sofia Perez	C.C	1005983903	3152607797
Andrea Duran	C.C	1005105280	3185148479
Paula Salazar	C.C	1010159916	3172522102
Luis FernandoT	C.C	1096155416	3133447260
Cristian Suarez	C.C	910752 92	3115689971
Andres Gualdron	C.C	1096063764	3159257789
Genesis Orozco	C.C	1124070781	3044676537
Johanna M. Monsalve	C.C	1098538305	3112482539

Para constancia de lo anterior se firma y otorga en la ciudad de Floridablanca, el día 25 del mes 09 del año 2024

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS FLORIDABLANCA
VIGENCIA 2024

FORMATO POBLACIONAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL

Y

PLANILLA DE ASISTENCIA:

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

REGISTRO DE BENEFICIARIOS

GOBIERNO DE FLORIDABLANCA SECRETARÍA DE SALUD · CLÍNICA GUANE · PIC

ACTIVIDAD: Jornada salud sexual
PROGRAMA RESPONSABLE: salud sexual No. META:
LUGAR: UNAB - Santo Tomas FECHA: 25-09-2024
HORA: 8:12 a.m.

	NOMBRE/APELLIDOS	DOCUMENTO	DIRECCIÓN	MARQUE CON X TERRITORIO URBANO	MARQUE CON X TERRITORIO RURAL	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	Enfoque poblacional por ciclo vital EDAD	SEXO F	SEXO M	SEXO OTRO	Marque según su enfoque poblacional diferencial: enfoque poblacional por ciclo vital — Discapacidad	LGBTI	Víctimas	Étnico	Reintegrado	Migrante	FIRMA
1	Armando J.S. Garcia	1149354842	Usta	X		3173736254		22		X								
2	Sebastian Lopez S.	1003673895	USTA	X				23		X								Juan Pablo Ortiz
3	Juan Pablo Ortiz	1005373402	Usta	X		3161456202		21		X								
4	Nicolas Sala N.	1027417714	Usta	X		3208857202		27		X								
5	Nikol Jimenez	1007740132	USTA	X		3163661615		17	X									
6	Ingrid Suarez	10969885	Usta	X		3008895294		17	X									
7	Valentina Perez	1092732573	Usta	X		3012652737		17	X									Valentina P.
8	Juan david [illegible]	1098077[illegible]	usta	X		3165104815		18		X								
9	Javier Milan	1065581438	USTA	X		3136766000		19		X								
10	Juan Castro	1058198638	Usta	X		3238153770		18		X								Juan Castro
11	Keiler Orrego	1097781931	USTA	X		3125725070		19		X								Keiler O.
12	Laura Coy	1094491491	Usta	X		3277274918		19	X									Laura Coy
13	Zamir Quintero	1095794952	Usta	X		3165223208		18	X									Zamir Quintero
14	Britney Roa	1115723393	USTA	X		3135047831		19	X									
15	MARIA GIMENA SUAREZ	1098647542	USTA	X		3143565205		18	X									
16	Laura Salazar	1094493770	USTA	X		3224118353		18	X									
17	Genesis Orozco	1124077587	Usta	X		3044676537		20	X									
18	Jacoba Quintero	1055851401	USTA	X		3152021111		20	X	X								
19	Andres Ruiz	1091514036	Usta	X		3177888357		18		X								
20	Sofia Rincon	1094244448	Usta	X		3156611939		18	X									

REGISTRO DE BENEFICIARIOS

GOBIERNO DE FLORIDABLANCA — SECRETARÍA DE SALUD · CIENTÍFICA GUANE · PIC

ACTIVIDAD: Jornada salud sexual
PROGRAMA RESPONSABLE Salud sexual No. META:
LUGAR: UNO. Santo Tomas FECHA: 25-09-2024
HORA: 8-12:am

	NOMBRE/APELLIDOS	DOCUMENTO	DIRECCIÓN	MARQUE CON X TERRITORIO URBANO	TERRITORIO RURAL	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	Enfoque poblacional por ciclo vital EDAD	SEXO F	SEXO M	SEXO OTRO	Marque según su enfoque poblacional diferencial: enfoque poblacional por ciclo vital — Discapacidad	LGBTI	Víctimas	Étnicos	Reintegrado	Migrante	FIRMA
1	Genesis Orozco	1124047687	USTA	x		genesis.orozco@ust	3044676537	20	x									
2	Sofia Gómez	1098647810	USTA	x		sofia.gomez10@	3147174812	19	x									
3	Caro Garcia	1001702	USTA	x		carolgarcia@ust	3216[illegible]8	20	x									
4	Sido Reyes	1201656[illegible]	USTA	x		celupeyes2020@	3017977982	21	x									
5	Sara Cardenas	1091967826	Usta	x		SaraCardenas	3105112601	19	x									Sara C.
6	SOFIA Mendoza	1097488[illegible]	usta	x		laurasofiamen	3224209100	20	x									SOFIA M
7	Karen Diaz	1100952261	USTA	x		karenfabiana.diaz	3144356391	18	x									
8	Isabella Paz Niño	1045841301	Usta	x		isabella.paz@	3045284508	20	x									
9	Paola Florez.	1092749025	USTA	x.		PaolaAndrea.Flo	3175577471	26	x									Isabel/Jafersh
10	Valentina Vargas	1097489179	USTA	x		valentina	3136726656	20										Valentina
11	Monica Jimenez	1007234491	USTA	x		monica.jimenez	3124974660	23	x									
12	Kevin Castro	1005340823	Usta	x		Kevin.Giovan	3167424721	24		x								
13	Alejandra Navas	1097495140	Usta	x		Maria.alejandra	3158275224	17	x									
14	Erika Peñata 17	1129483264	usta	x		psicologobienestar02	3153436424	36	x									Erika peñata
15	Katerin J. Hower	1095944142	USTA	x		psicologobienestar01	3173410365	27	x									Katerin J. Hower
16	Jelmy Espinoza	1098352891	Usta	x		Sedbie@	3174749891	28	x									Jelmy Espinoza
17	Daniel Calderon	1098[illegible]1348	USTA	x		aux.eva1@	3004161040	27		x								Daniel C.
18	Leonardo Caraballo	293657	USTA	x			3013144261	54		x								
19	Wendy Peñate	1065721756	usta	x		WendyPaola.Pena	3134918736	20	x									
20	Valentina Rivera C	1007182144	USTA	x		valentina.rivera01@ustabuca.edu.co	3054804164	20	x									

SALUD SECRETARÍA DE SALUD | GUANÉ | PIC

REGISTRO DE BENEFICIARIOS

ACTIVIDAD: Jornada Salud Sexual

DEPENDENCIA RESPONSABLE: Salud Sexual No. META:

LUGAR: UNV. Santo Tomas FECHA: 25-09-2024

HORA: 8-12 m

	NOMBRE/APELLIDOS	DOCUMENTO	DIRECCIÓN	MARQUE CON X TERRITORIO URBANO	TERRITORIO RURAL	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	Enfoque poblacional por ciclo vital EDAD	SEXO F	SEXO M	SEXO OTRO	Marque según su enfoque poblacional diferencial: enfoque poblacional por ciclo vital — Discapacidad	LGBTI	Víctimas	Etnias	Reintegrado	Migrante	FIRMA
1	Maria Alejandra Padilla	1005162893	Versalles 1	X		Mariaalejandra-padilla	3158880271	23	X									
2	Shaira coronel	1066744184	altos cam	X		shaira.coronel	3021634736	27	X									
3	Johanna María Monsalve	1004888305	Girón	X		JohannaMaria.M	3112482339	22	X									
4	Dayana Carvajal	1007536401	Acacias I	X		Dayana.carvajal	3209559857	24	X									
5	Simon Tapias	1006258513	AURORA	X		Simon Tapias	3177681984	21	X									
6	Samuel Monsalve	1096061782	Comuneros	X		samuelm	3143975	20		X								
7	Evelin Perez	1092175045	Prados de	X		evelin1092gmail	3160475221	26	X									
8	Fabiana Tarazona	1065873246	UST9.	X		katherin22 Tarazona@gmail	3217708998	18	X									
9	Valentina Morales Mora	1097638586	UST A	X		valentina.mora-los01@ustabuca	3057463140	17	X									
10	Viviana Gil García	1100858007	Usta	X		yuliethviviana	3102857866	20	X									
11	Yuliana Cruz	1007107496	RONDA	X		Yulianadelrodo	3166897826	22	X									
12	Danna Pérez	1121201000	Usta	X		danna.valentina	3217417349	18	X									
13	Zory Bocanegra	1095790434	Univ.	X		zoday.bocanegra@	3103623615	19	X									
14	Michel Rodriguez	1051064949	Cra 9#8-23	X		michelrodriguez582	3166865920	20	X									
15	Nicol Orozco	1051066758	UST A	X		nicolorozco0311	3240477446	18	X									
16	Sergio F. Angarita	1092178480	UST A	X		sergio.A@gmail	3232808294	17		X								
17	Yiby García	1085044046	usta	X		Yiby.A.6@gmail	3136733857	15		X								
18																		
19																		
20																		

REGISTRO DE BENEFICIARIOS

GOBIERNO DE FLORIDABLANCA — SECRETARÍA DE SALUD · ESE HOSPITAL GUANE · PIC

ACTIVIDAD: Jornada salud sexual
PROGRAMA RESPONSABLE: salud sexual — No. META:
LUGAR: UNIV. Santo Tomás — FECHA: 25-09-2024
HORA: 8-12

	NOMBRE/APELLIDOS	DOCUMENTO	DIRECCIÓN	MARQUE CON X TERRITORIO URBANO	TERRITORIO RURAL	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	Enfoque poblacional por ciclo vital EDAD	SEXO F	SEXO M	SEXO OTRO	Marque según su enfoque poblacional diferencial: enfoque poblacional por ciclo vital — Discapacidad	LGBTI	Víctimas	Étnico	Reintegrado	Migrante	FIRMA
1	Sergio Paredes	1004995245	USTA	X		sggoParedes187@	3213505527	24		X								
2	Juan David Reyes Ramirez	1098070430	USTA	X		reyesdavid/ram@	3053388452	20		X								
3	Carlos José Bueras M	1067394619	USTA	X		carlosjose.bueras@	5157001861	19		X								
4	Maria Paula Vargas	1098406146	USTA	X		anpub.048@	3176402487	20		X								
5	Nasly Daniela Durán	1005234476	USTA	X		Secidio@us	3219611269	21	X									
6	Mayerly García	1102371074	USTA	X		secidiobuca@	3223316093	30	X									
7	Hilda Huertas H	1065670446	USTA	X		hilda.huertas	3160422961	19	X									
8	Mariana Lozano	1095305896	USTA	X		asselmlozano0303 @gmail.com	3165246986	17	X									
9	Nicolle Pacheco	1062874485	USTA	X		Nicol2.gmail.com	3206215294	18	X									
10	Every Olarte	1095305888	USTA	X		everyg1209@gmi	3005233879	17	X									
11	JHE lisa fuentes	1066966[illegible]	USTA	X		MElisafuentes	3006024[illegible]6	19	X									
12	Gessireth Barbosa	1081726[illegible]	USTA	X		Gessireth.Corel	3104566179	21	X									
13	Yireth Flores	1052940882	Usta	X		Yflores290@	3146420197	20	X									
14	Amie Quintero	1101260388	Usta	X		amiequintero0 @gmail.com	3160357446	19	X									
15	Cristian Suarez	91075292	USTA	X		Cristian.Suarez @ustabuca	3115689971	41		X								
16	Jairo Becerra	1098[illegible]6958	USTA	X		jairobecerra@[illegible]	3[illegible]8	36		X								
17	Valery Sanchez	1095303549	Usta	X		Calegiovalery08@	3223043463	18	X									
18	Mariana Gonzalez	1050091609	Usta	X		mariana.gonzalez	3227461798	18	X									
19	Andrea Ovalle	1102[illegible]551	Usta	X		andrea.ovalle@	3144300086	26	X									
20	Meiby Rodriguez	1193498[illegible]45	Usta	X		Meiby.rodriguez	3212834229	22	X									

REGISTRO DE BENEFICIARIOS

GOBIERNO DE FLORIDABLANCA — SECRETARÍA DE SALUD · E.S.E. CLÍNICA GUANE · PIC

ACTIVIDAD: Jornada salud oral
PROGRAMA RESPONSABLE: Salud oral — No. META:
LUGAR: UNAB. Santo Tomas — FECHA: 25-09-2024
HORA: 8-12:00m

	NOMBRE/APELLIDOS	DOCUMENTO	DIRECCIÓN	MARQUE CON X TERRITORIO URBANO	TERRITORIO RURAL	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	Enfoque poblacional por ciclo vital EDAD	SEXO F	SEXO M	SEXO OTRO	Marque según su enfoque poblacional diferencial — enfoque poblacional por ciclo vital: Discapacidad	LGBTI	Víctimas	Étnico	Reintegrado	Migrante	FIRMA
1	Juan David Galvan	1097178293	Marsellaresa	X			3103277004	19										
2	Andres Gualdrón	1096063764	Laymona 2	X			3157257781	19										
3	Mariela Lacruz	37[illegible]50	Osta.	X			31[illegible]85[illegible]	52										
4	Ma Luos [illegible]	3751278[illegible]	Usta	X			312[illegible]	42										
5	Ethman [illegible]	91[illegible]	VISTA	X			312[illegible]	52										
6	Any: Ramirez	1005231244	Usta	X			3043653495	21										
7	Karen Rueda	1005373319	Usta	X			3143808934	21										
8	Paula Rincon	1005257768	Usta	X			3176156918	21										
9	Paula Reyes	1004945583	Usta	X			3023432395	21										
10	Alexson Rodriguez	7008514019	Usta	X			3124755633	21										
11	Andres Felipe M	1005260423	Usta	X			3204100797	21										
12	Yiley Vaya	1098[illegible]	Usta	X			3142501811	28										
13	Eaime Vela	1000[illegible]	Usta	X			3165201545	21										
14	Andrés Geraldino	1005057430	Usta	X			3133[illegible]	21										
15	Ana Juliana Cortes B	1005185032	Usta	X			3104124760	22										
16	Maria Jose Muñoz G	1101260500	usta	X			3176031628	19										
17	Valentina Vargas Diaz	1101622795	usta	X			3160854226	18										
18	Angie Nikoll Cerinza A	1114000711	Usta	X			3106313475	18										
19	Valery Barajas	1093295158	usta	X			3008583923	18										
20	Sebastián Martínez	1097780302	USTA	X			3[illegible]	20										

REGISTRO DE BENEFICIARIOS

GOBIERNO DE FLORIDABLANCA SECRETARÍA DE SALUD — POLICLÍNICA GUANE — PIC Plan de Intervenciones Colectivas

ACTIVIDAD: Jornada Salud Sexual y Reproductiva
PROGRAMA RESPONSABLE: Salud Sexual No. META:
LUGAR: UNIV. Santo Tomas FECHA: 25-09-2024
HORA: 8-12:00 pm

	NOMBRE/APELLIDOS	DOCUMENTO	DIRECCIÓN	MARQUE CON X TERRITORIO URBANO	TERRITORIO RURAL	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	Enfoque poblacional por ciclo vital EDAD	SEXO F	SEXO M	SEXO OTRO	Marque según su enfoque poblacional diferencial — enfoque poblacional por ciclo vital: Discapacidad	LGBTI	Víctimas	Etnias	Reintegrado	Migrante	FIRMA
1	Jennifer Tatiana Rocha	1005150001	Cra 21 # 2-61		X	nocuamartinez jennifer@gmail.	3106895875	23	X								X	Jennifer Rocha
2	Dayly Cristina Calderon	1007[illegible]	Universidad Usta		X	daylycristina@gmail.com	3178245877	24	X									Cristina Calderon
3	Nicol Gelver	1045809826	USTA	X		nicolgelver2016@gmail.com	3203009661	19	X									Nicol
4	Angy Pinzon	1097798264	USTA	X		Angyjimena tm2021@utsta	3053647092	19	X									
5	Valentina Calderon	1047[illegible]573	USTA	X		Vale.calderon@gmail.com	3053613701	18	X									Valentina
6	Eloy Daniela Toscano	1097[illegible]	USTA	X		eloydaniela toscano.higuera@gmail.com	3174126693	17	X									Eloy
7	Gelsy y Valentina Diaz Jaime	1099738877	USTA	X		gelsyvalentina.diaz	3165033571	18	X									Gelsy Diaz
8	Valentina Cadena	1098[illegible]	Usta	X		valentina.cadena	3042140443	18	X									Valentina C.
9	Daniel Vela	1073[illegible]	USTA	X		JoseDaniel.vela	3053428534	22		X								
10	Saray Bautista	1099739391	USTA	X		[illegible]	3219259494	17	X									Saidy
11	José Alejandro V	1098[illegible]	Usta	X		Josealejandro[illegible]@usta	3229607[illegible]	19	X									
12	Valentina Vargas	1101622795	USTA	X		Valentina.Vargas04		18	X									
13	Constanza [illegible]	4784637	USTA	X		constanza.[illegible]@usta		22	X									
14	Daniela Pereira	1005553375	Usta	X		daniela.pereira@usta	3203512240	21	X									
15	David Morales	1094[illegible]	USTA	X		[illegible]@gmail.com		19		X								
16	Nikolas Solano	1010008305	usta	X		nikolas[illegible]@usta.edu		24		X								
17	Sofia Perez	1005[illegible]	USTA	X		SofiaPerez@	3152607787	21	X									Sofia Perez
18	Valentina Vargas	1032[illegible]	Usta	X		valentina.vargas@	3208797206	16	X									Valentina
19	Catalina Pérez	1090[illegible]	USTA	X		catalina.perez@usta	3142007891	19	X									Catalina P.
20	Yefferson Celis	1[illegible]	USTA	X		Yeffersoncelis	3026599190	30	X									Yefferson

SALUD | GUANE | PIC

REGISTRO DE BENEFICIARIOS

ACTIVIDAD: Jornada Salud sexual

DEPENDENCIA RESPONSABLE: Salud sexual No. META:

LUGAR: UNI4. Santo Tomas FECHA: 25-09-2024

HORA: 8:00 - 12:00

	NOMBRE/APELLIDOS	DOCUMENTO	DIRECCIÓN	MARQUE CON X TERRITORIO URBANO	TERRITORIO RURAL	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	Enfoque poblacional por ciclo vital EDAD	SEXO F	SEXO M	SEXO OTRO	Marque según su enfoque poblacional diferencial: enfoque poblacional por ciclo vital — Discapacidad	LGBTI	Víctimas	Etnias	Reintegrado	Migrante	FIRMA
1	Andrea Durán	1095107280	cll 60 #11-111	X		andrea.jd...ucg	3185148479	22	X				X					
2	Samantha Moreno	1248601043	Cll 42-29	X		samantha.moreno		21	X									
3	Paula Calvido	1094735144	cl 42-35	X		Paulgortag	3152[illegible]	20	X									
4	Paula Salazar	1010159916	Cll-42-35	X		Paulasalazar	3172522102	22	X									
5	Ana Isabella	1005333178	Transversal 12	X		ana.o2@outo	3534[illegible]	24	X									
6	Nerly A. Mora	1092733238	Anillo V #19	X		nerlyandrea.mor	3108529847	20	X									
7	Laura Y. García	1006587941	Versalles	X		lauraygarth.g	3108938187	23	X									
8	Laura Ardila	1005324480	Recreo	X		lauraalejandr	3133972045	21	X									
9	María Alejandra Padilla	1005162830	Versalles 1	X		maria.alejandrap	3158880271	23	X									
10	Johanna María Monsalve	1004858305	Girón	X		Johannamaria.monsalve	3112487539	22	X									
11	Yenifer Dayana Convagal	1007536409	Acacias I	X		Yen.da.convagal	3104559357	24	X									
12	Doris María Ordoñez	1024160216	Campestre	X		Dorisordonez.eo@ucaboca.co	3148654511	22	X									
13	Hard Vargas Osma	1098000638	Vista	X		Hvargas	3160506[illegible]	26		X								
14	Luis Fernando Tafur	1096785916	Vista	X		luisfernando.tafu	3134737268	19		X								
15	Angelica Maria Mendoza	1094788[illegible]	Vista	X		Angelicamaria.me	3138111278	20	X									
16	Stefanna Rodriguez	1094[illegible]	Vista	X		stefanna.rod	320[illegible]	20	X									
17	Julian David Contreras	1005298278	Cra 34 #3-68	X		julian.david.contreras@usta	3242467546	21		X			X					
18	Geraldin Perez Concha	1014833[illegible]	A.V. 19-216	X		geraldinperezm	3133763134	19	X									
19	Karol Juanyl Lopez Vallejo	1094[illegible]	Calle 197 [illegible]	X		gerdy.karol.vcez	3188305112	20	X									
20	[illegible]	1007[illegible]	Alameda	X		[illegible]	3066[illegible]	21	X									