VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

ACTIVIDAD N° 22:

REALIZAR UNA (1) CAMPAÑA DE SOCIALIZACIÓN Y SENSIBILIZACION DE LOS 4 PASOS CLAVE PARA LA PREVENCION Y CONTROL DEL DENGUE EN CADA UNO DE LOS MICROTERRITORIO PRIORIZADO (BARRIOS) EN ZONA URBANA DEL MUNICIPIO DE MAICAO.

Si tienes estas características, es recomendable que se comunique al personal de salud mas cercano.



Prioridad vida saludable y enfermedades transmisibles

PIC 2024 PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS



DENGUE

PRIORIDAD VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

PIC 2024 PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Secretaría de Salud

PIC 2024 PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

ROTAFOLIO

EL DENGUE



PIC 2024 | PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.

Tu Salud Con Derecho Propio

Secretaría de Salud

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2024 | PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

Maicao 2024

Señor (a)
Presidente de La Junta de Acción Comunal del Corregimiento

Asunto: Actividades de Socialización a cerca del (PIC) Plan de Intervenciones Colectivas

Cordial Saludo,

De manera respetuosa me dirijo ante usted en aras de darle a conocer el motivo de nuestra intervención como Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), del municipio de Maicao, ya que, pretende de esta manera sensibilizar a través de la socialización e implementación de las actividades inmersas en las **Dimensiones: Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles y Vida Saludable y Condiciones no Trasmisibles** con los programas de tuberculosis, dengue y las dieciocho practicas clave de AIEPI actividad física reducir el consumo dela sal autoexamen de mama citología regulación del consumo de alcohol riesgo cardiovascular dirigido a los líderes del presente territorio, madre comunitarias, actores sociales y demás. Dado que es importante que esta población conozca de que tratan las enfermedades. Minimizando así los riesgos de contraer la enfermedad teniendo en cuenta que el municipio de Maicao está determinado como población vulnerable. Es por ello que la Secretaria de Salud municipal en articulación con otras entidades desarrolla actividades de promoción de la salud para prevenir las enfermedades en cada uno de los sectores públicos y privados, instituciones educativas públicas y privadas, territorios, micro-territorio, comunidades indígenas entre otros.

De esta forma agradecemos su atención y pronta respuesta y así mismo, nos permitan un espacio en su territorio para realizar dicha actividad.

Atentamente,

Recibido

Tania Martínez Solís
Agente -PIC
Dimensión: Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles
Dimensión: vida saludable y condiciones no trasmisibles
Teléfono: 3015331772

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

FORMATO DE ACTAS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC WAYUU TALATSHI I.P.S.I 2024

ACTA N°: 03	FECHA: 17-09-2024	
DEPARTAMENTO: LA GUAJIRA	MUNICIPIO: MAICAO	
LUGAR: Los Rosales	HORA INICIO: 08.10 AM	HORA TERMINACION: 08.40 AM
AREA / DEPENDENCIA: Vida Saludable y Enfermedades transmisible		
OBJETIVO: Campaña de socialización y sensibilización de los 4 pasos claves para la prevención y control del dengue en los microterritorios priorizados		
RESPONSABLE: Juan Eduardo Contreras.		

	NOMBRES	CARGO	INSTITUCION A LA QUE PERTENECE
1.	Jania Martinez	Auxiliar	PIC
2.	Jayren Orellana	Auxiliar	PIC
3.	Yaheni's Mena	Auxiliar	PIC.
4.			
5.			
6.			
7.			

OBJETIVO:	Campaña de Socialización y Sensibilización de los (4) pasos claves para la prevención y control del dengue en cada uno de los microterritorios priorizados.

IDENTIFICACION DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR

1.ASISTENCIA TECNICA( )	2. ACOMPAÑAMIENTO/ASESORIA( )	3. VISITAS DE INSPECCION( )
4. CAPACITACION( )	5. REUNION(X)	6. VISITAS DE SEGUIMIENTO( )
7. OTROS( )		

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

ORDEN DEL DIA / AGENDA
Bienvenida
Oración
Introducción de las actividades
Desarrollo de la actividad
Agradecimiento
Despedido

GENERALIDADES DE LA REUNION / DESARROLLO AGENDA / CONCLUSIONES Y DECISIONES
Secretaria de Salud, y la alcaldía municipal en articulación con la Ips Wayuu talatshi, en ejecución del plan de Intervenciones Colectivas vic. 2024 se dirige hacia el territorio 26 Km 94 Micro territorio-10/a 10 soles. donde se realiza la Socialización, de la actividad Vida Saludable y enfermedades transmisible acompañado por la trabajadora quien muy Coordialmente nos recibio junto a la Comunidad, dando inicio a la actividad. donde se les brinda la educación enfermación Sobre la transmisión prevención y control del dengue, y sus Cuatro pasos Claves para poder prevenir esta propagación de esta enfermedad.
LAVA Con jabón y un cepillo, tanques albercas rejillas, cualquier recipiente que pueda Servir para la acomulación de agua.
TAPA todo recipiente O contenedor en el que almacenes agua.

Carrera 15 # 5 - 41 Barrio Boscán - Maicao - La Guajira
Teléfono 7255976- 7250252 Cel. 301 3947153 – 304 5242909
Pag Web: www.ipsiwayuutalatshi.com - E-mail: picmaicao2024@gmail.com

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

ELRA Botellas, tinas, tanques, latas o cualquier objeto que no utilizas y puedas acomular agua. para no reproducir larvas.

TLRA llantas, Botellas, latas, tanque que yo no utilices para que no puedan servir de criadero!

Hubo mucha participacion en la Comunidad donde se les hizo, una series de preguntas y todas contestaron correctamente., estuvieron muy atento en el momento que se le socializo el tema.

Se utilizo como apollo en la actividad pendon y volantes, para que. fuera mas entendible y facil de socializar. la comunidad quedo muy satisfecha, se tomo evidencias fotograficas, y firmas de asistencias.

Seda porterminada la. actividad y se agradece ala lider y ala comunidad asistente por su participacion.

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

No.	COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA
1.			
2.			
3.			

CONCLUSIONES
Se realizó la actividad en donde las Personas asistentes estuvieron atentas a la información sobre los 4 pasos claves para la prevención y control del Dengue.

NOMBRE Y APELLIDOS	TELEFONO	INSTITUCION O CARGO	FIRMA
1. Sindi Barrios	3206927248	Líder	Sindy B.
2. Tania Martinez	3015331772	PIC	
3. Lauren Arellano	3012481816	PIC	Lauren A.
4. Yohana Mena	3005864477	PIC.	Yohana M.
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

FIRMA DE QUIEN ELABORA EL ACTA: Yohana Mena



WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Vida Saludable y enfermedades transmisibles		
ACTIVIDAD: #21 Campaña de Socialización y Sensibilización de las 4 pasos claves para la prevención y control del dengue en el municipio priorizado	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** T. 26 Mz Los Postales	
FECHA: 17-09-2024	**HORA DE INICIO:** 08:10 Am	**HORA DE FINALIZACION:** 08:40 Am

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Darling Hidalgo	39492326	F	40	Mz=10 Los Postales	Camaipu	3117391021	Nueva Eps							✓	Darlis H. C.
2	Miladis Vargas	1.151.456.153	F	26	Mz=10 Los Postales	Camaipu	3242285890	Nueva							✓	Midalys Vargas
3	Sindy Bonos	1006789882	F	23	Mz=10 Los Postales	Camaipu	3106927248	DSR					✓			Sindy Barros
4	Lilia Puana	56090127	F	50	Mz=10 Los Postales	Camaipu	3223636426	DSR					✓			Lilia Puana
5	Yurelis Fernandez	1.151.456160	F	46	Mz=10 Los Postales	Camaipu	3126691878	Nueva Eps					✓			Yurelis F
6	María Puana	39490442	F	64	Mz=20 Los Postales	Camaipu	No tiene	Anas wayuu			✓		✓			Maria P. I.
7	Alexandra Perez	1124000205	F	19	Mz=10 Los Postales	Camaipu	3003375212	Anas wayuu							✓	Alexandra
8	Victor Gutierrez	1.124.080.739	M	33	Mz=20 Los Postales	Camaipu	3136252631	DSR								Victor
9	Marisol Epiana	56092021	F	50	Mz=10 Los Postales	Camaipu	3152953172	Anas wayuu					✓			MARISOL
10	Maria Luisa Aguilar	1.124.018.269	F	38	Mz=10 Los Postales	Camaipu	3225628252	Anas wayuu					✓			MARIA LUISA

VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

ACTIVIDAD N° 25:

REALIZAR TRES (3) ACTIVIDADES DE CAPACITACION EN SALUD Y AMBIENTE PARA LA PREVENCION Y CONTROL DEL DENGUE A 5 INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS Y PRIVADAS Y MICROTERRITORIOS PRIORIZADOS EPIDEMIOLOGICAMENTE DEL MUNICIPIO DE MAICAO. 150 ESTUDIANTES



WAYUU TALATSHI I.P.S.I
Tu Salud Con Derecho Propio

I.P.S.I WAYUU TALATSHI

¡Su Salud Con Derecho Propio!

PIC 2024 | PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Maicao La Guajira 2024

Señor:
COORDINADOR DE LA INSTITUCION

ASUNTO: Actividades de socialización a cerca del (PIC) 2024 plan de intervenciones colectivas, en la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles.

Cordial saludo

Muy respetuosamente me dirijo a ustedes con el fin, de darle a conocer el motivo de nuestra intervención como plan de intervenciones colectivas (PIC), del municipio de Maicao ya que, pretende de esta manera sensibilizar a través de la socialización e implementación de las actividades inmersas de la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles, con actividades de capacitación en salud y ambiente para la prevención y control del DENGUE en las instituciones educativas públicas, privadas y microterritorios priorizados. Dado que es importante que esta población conozca de que se tratan las enfermedades. Minimizando así los riesgos de contraerla, teniendo en cuenta que el municipio de Maicao está determinado como población vulnerable. Es por ello que la secretaria de salud municipal en articulación con otras entidades desarrolla actividades de promoción de la salud para prevenir las enfermedades en cada uno de los sectores públicos y privados, instituciones educativas públicas y privadas, Barrios, comunidades indigenas entre otros.

De esta manera agradecemos su atención y pronta respuesta y así mismo, nos permitan un espacio en su institución.

Atentamente,

Tania Martinez

TANIA MARTINEZ SOLIS
Agente PIC-2024
Dimensión: Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles.

Micaela Ipuana
Recibido

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

FORMATO DE ACTAS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC WAYUU TALATSHI I.P.S.I 2024

ACTA N°: 07	FECHA: 18-09-2024	
DEPARTAMENTO: LA GUAJIRA	MUNICIPIO: MAICAO	
LUGAR: Institución # 2	HORA INICIO: 08:30am	HORA TERMINACION: 09:10am
AREA / DEPENDENCIA: Vida Saludable y Enfermedades transmisibles		
OBJETIVO: Socializar en las instituciones educativas Publicas y Privadas sobre capacitacion en salud y ambiente para la prevencion.		
RESPONSABLE: Luis Eduardo Contera		

	NOMBRES	CARGO	INSTITUCION A LA QUE PERTENECE
1.	Tania Martinez	Auxiliar	PIC
2.	Layner Arellano	Auxiliar	PIC
3.	Yoheris Mena	Auxiliar	PIC
4.			
5.			
6.			
7.			

OBJETIVO:	1. Socializar en las Instituciones educativas Publicas y Privadas, sobre Capacitación en Salud y ambiente Para la Prevención y control del dengue.

IDENTIFICACION DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR

1.ASISTENCIA TECNICA( )	2. ACOMPAÑAMIENTO/ASESORIA( )	3. VISITAS DE INSPECCION( )
4. CAPACITACION( )	5. REUNION(X)	6. VISITAS DE SEGUIMIENTO( )
7. OTROS( )		

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

ORDEN DEL DIA / AGENDA
Bienvendida
Oracion a Dios
Introducion de la actividad
Agradecimientos

GENERALIDADES DE LA REUNION / DESARROLLO AGENDA / CONCLUSIONES Y DECISIONES
En el dia de hoy el equipo de la dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles en articulación con Secretaria de Salud, la alcaldia monicipal y la IPS Wayuu Talatshi, Se dirige al territorio #22 Microterritorio, 06 institución # 2 Sede; Campana, En donde la docente Micaela Epiana, docente de la institución, nos Cede al espacio Para la Realizacion de la actividad, donde Se les brindo la educación e información Sobre la Prevención y control Sobre los
4 Pasos Claves que Son LAVA, TAPA, GIRA y TAPA.
Debemos de lavar con un Cepillo de Cerdas gruesa con abundante agua y Jabón, Bebederos tepillas, albercas, canaletas, Cualquier recipiente que pueda Servir Para la acumulación de agua.
GUARDAR, botellas, llantas todo objeto que

MUNICIPIO
DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9



SECRETARIA DE SALUD

no se utilice y pueda acomular agua.
Para evitar que se puedan reproducir las larvas.
los estudiantes estuvieron muy atentos y participativos, hicieron muchas preguntas donde fueron aclaradas, se divirtieron mucho, se utiliza pendón informativo para mejor forma de entendimiento y también volantes para que tambien se les hiciera mas facil, la explicación y comprensión.
Al finalizar se agradece por el espacio y la atención prestada.

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.

SECRETARIA DE SALUD

No.	COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA
1.			
2.			
3.			

CONCLUSIONES
Se logra Concluir que los estudiantes De- daron con la actividad Satisfecho y hubo buen entendimiento de Parte de ellos y los Docentes, en donde se despejaron todas las dudas que tuvieron.

NOMBRE Y APELLIDOS	TELEFONO	INSTITUCION O CARGO	FIRMA
1. Micaela Iguana	3043295780	Docente	
2. Lauren Arellano	3012481816	PIC	Lauren A
3. Tania Martinez	3015331772	PIC	Tania M.
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

FIRMA DE QUIEN ELABORA EL ACTA: Tania Martinez

SDS

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Vida Saludable y enfermedades transmisibles		
ACTIVIDAD: Socializar en las instituciones educativas Publicas y Privadas sobre capacitacion en salud y ambiente para la Pobreza digna	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** 26 Institución # 2 MZ=06 Educativa	
FECHA: 18-09-24	**HORA DE INICIO:** 08:30 Am	**HORA DE FINALIZACION:** 09:10 Am

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Isela fernandez	40981989	F	57	Institucion Educativa #2	Carretera	3113640842	Anas wayuu					✓			Isela fernandez
2	Magalis de Arregocés	56.082.556	f	80	Institucion Educativa #2	Comaipa	3107045478	Asmi Kauli					✓			magalis
3	Gloria torres	45.580254	f	50	Institución Educativa #2	Comaipa	no tiene	cotsa capi							✓	Gloria torrez
4	Maru. Gonzalez	1124022095	f	20	Institución Educativa #2	Comaipa	3135975978	cotsa capi					✓			Maria gonzalez
5	Saida Uriana	1124046917	f	45	Institución Educativa #2	Comaipa	3234466465	Anas wayuu							✓	Saida Uriana
6	yuleidys Epiayú	1123991982	f	27	Institución Educativa #2	Comaipa	3215024260	Dusk							✓	yuleidis
7	Amelia fernandez	1124000088	f	26	Institución Educativa #2	Comaipa	3215545851	Dusk					✓			Gladis Epiayu
8	Glady Epiayú	1123921983	f	19	Institución Educativa #2	Comaipa	3001345398	cotsa capi					✓			Amalia
9	Carmen Socarro	16969831	f	42	Institución Educativa #2	Comaipa	3107476587	Dusk					✓			Carmen
10	Girio Josayú	84.048314	M	56	Institución Educativa #2	Comaipa	No tiene	Dusk					✓			GIRIO Josayú

506

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Vida Saludable y enfermedades transmisibles

ACTIVIDAD: Socializar en las Instituciones Educativas publicas y privadas sobre capacitacion en salud y combate por la prevencion del dengue

TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: T 26 Inst. Educativa #2

FECHA: 18 - 09 - 2024

HORA DE INICIO: 08:30 AM

HORA DE FINALIZACION: 09:10 Am

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Lucilda Fernandez	1123418346	F	29	Institucion Educativa #2	Camejon	3218720390	DSK					✓			Lucinda Fernandez
2	Diana Gonzalez	1006940883	F	24	Institucion Educativa #2	Camejon	3002C1173	Anas Wayuu					✓			Diana G.
3	Cristina pushaina	1152514609 42 1152514 60	F	24	Institucion Educativa #2	Camejon	No tiene	Anas Wayuu					✓			Cristina P
4	Juan Ramirez	84072213	M	51	Institucion Educativa #2	Camejon	3228937604	Anas Wayuu					✓			Juan Ramirez
5	Erika Pien	1121527108	F	23	Institucion Educativa #2	Camejon	3016964869	Cajacopi					✓			Erika Pien
6	Daider Uriana	1251681	M	33	Institucion Educativa #2	Camejon	3137161562	Anas Wayuu					✓			Daider Uriana
7	Yesica cano	1124044288	F	31	Institucion Educativa #2	Camejon	3207662979	Cajacopi					✓			Yesica cano
8	Mauricio Jayariyu	27.044293	F	75	Institucion Educativa #2	Camejon	3015194157	Dusk			✓		✓			Mauricio Jayariyu
9	Irais Soporo	39490610	F	40	Institucion Educativa #2	Camejon	3207933831	Anas Wayuu					✓			Yeneris
10	Rosa batista	13073790	F	46	Institucion Educativa #2	Camejon	3145391012	Cajacopi							✓	Rosa E. Bautista

Sal

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Vida Saludable y Enfermedades transmisible		
ACTIVIDAD: Socializar en las instituciones educativas Publicas y Privadas Sobre capacitacion en Salud y ambiente para la prevencion y c del dengue	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** T=Mo, MT=06 Institución Educativa # 2	
FECHA: 18-07-2024	**HORA DE INICIO:** 08:30 Am	**HORA DE FINALIZACION:** 09:10 Am

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Librada Jayariyu	39449196 2	F	45	Institución Educativa #2	Comipu	3043579844	NO					✓			Librada J.E
2	Alida Ramirez Fernandez	27028969	F	44	Institución Educativa #2	Carripu	3043295780	NO					✓			Alida Ramirez
3	Telemina Gonzalez R	1124029828	F	40	Institución Educativa #2	Comipu	3043295780	Justo					✓			No firma.
4	Nancy Ipuana	1006888537	F	35	Institución Educativa #2	Comipu	3043295780	Justo					✓			Nancy Ipuana
5	Elisa Ipuana	1151467247	F	31	Institución Educativa #2	Comipu	3043295780	Justo					✓			Elisa Ipuana
6	Elvia Fernandez	39441814	F	42	Institución Educativa #2	Comipu	3043295780	NO					✓			
7	Onelia Gonzalez	1124046801	F	33	Institución Educativa #2	Comipu	3043295780	Justo					✓			Onelia Gonzalez
8	Ana Ofelia Fernandez	56 705671	F	45	Institución Educativa #2	Comipu	3043295780	Justo					✓			No firma
9	Ana Felicia Machado	63047359	F	50	Institución Educativa #2	Comipu	3043295780	Justo					✓			Ana Felicia
10	Shana Mejia	1124064012	F	33	Institución Educativa #2	Comipu	3043295780	Justo					✓			Shana Mejia

508

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Vida Saludable y enfermedades Transmisibles		
ACTIVIDAD: Socializar en las instituciones educativas publicas y Privadas Sobre capacitacion en salud y ambiente Para la Prevención dengue	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** T 26 Mz Institución Educativa #2	
FECHA: 18-09-2024	**HORA DE INICIO:** 08:30 AM	**HORA DE FINALIZACION:** 09:10 AM

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Yonaileth Fernandez	1124051534	F	18	Institución Educativa #2	Comaipia	3233493743	Anas wayuu					✓			Yonaileth Fernandez
2	Nancy Epieyu	1124003575	F	40	Institución Educativa #2	Comaipia	3169131889	Nueva Eps					✓			NANCY epieyu
3	Glenzaida Ypuana Petronila	1121546824	F	63	Institución Educativa #2	Comaipia	no tiene	Sanitas			✓		✓			Glenzaida Ypuana Petronila
4	Jose A. Ipuana	17849923	M	65	Institución Educativa #2	Comaipia	3157694880	Coosalud eps			✓		✓			
5																
6																
7																
8																
9																
10																

VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

ACTIVIDAD N° 26:

REALIZAR UNA (1) CANALIZACION MENSUAL A LA POBLACION OBJETO CON ESQUEMA IMCOMPLETO DE VACUNACION Y POBLACION EN RIESGO Y DIRECCIONARLO A SU IPS VACUNADORA, SEGÚN SU ESTADO DE AFILIACION AL SGSSS MEDIANTE LA VISITA A 60 HOGARES VISITADOS MENSUALMENTE Y TENIENDO EN CUENTA LA ESTRATEGIA DE VACUNACION SIN BARRERAS CON CANALIZACION AL SISTEMA.

MUNICIPIO DE MAICAO
NIt. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.S.A.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

ACTA DE CONCERTACIÓN

DIMENSION: Vida Saludable y enfermedades Transmisibles

FECHA: 19-09-2024

La Secretaría de Salud en ejecución con el pic plan de intervenciones Colectivo en articulación con la Ips wayuu talatshi donde nos dirigimos al territorio 24 microterritorio Jimonsito. donde nos recibe muy Gentilmente el líder el Señor Jose Gonzales en el cual le damos a conocer el objetivo de la actividad que se llevara acabo la Ejecución de las actividades en caminadas a educar enseñar y sensibilizar a la población sobre la importancia de los vacunas donde el líder muy amablemente nos Feole un Espacio para el ingreso a la Comunidad.

TERRITORIO: 24. **MICROTERRITORIO:** Jimonsitos

NOMBRE DEL LIDER: _____

NOMBRE DE QUIEN REALIZA EL ACTA: yohenis Pérez

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

FORMATO DE ACTAS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC WAYUU TALATSHI I.P.S.I 2024

ACTA N°:	FECHA: 19/09/24	
DEPARTAMENTO: LA GUAJIRA	MUNICIPIO: MAICAO	
LUGAR: Amancito	HORA INICIO: 9:00AM	HORA TERMINACION: 10:30M
AREA / DEPENDENCIA: Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles		
OBJETIVO: Realizar (1) Canalización mensual de esquema incompleto de vacunación en población en Riesgo		
RESPONSABLE: Luis Eduardo Contreras		

	NOMBRES	CARGO	INSTITUCION A LA QUE PERTENECE
1.	Maria Martinez	Auxiliar	Pic
2.	Jairen Arellano	Auxiliar	PIC
3.	Yohana Hernandez	Auxiliar	pic
4.			
5.			
6.			
7.			

OBJETIVO:	1. Realizar (1) Canalización mensual de esquema incompleto de vacunación en Población en Riesgo y Direccionado en Ips.

IDENTIFICACION DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR

1.ASISTENCIA TECNICA( )	2. ACOMPAÑAMIENTO/ASESORIA( )	3. VISITAS DE INSPECCION( )
4. CAPACITACION( )	5. REUNION(X)	6. VISITAS DE SEGUIMIENTO( )
7. OTROS( )		

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

ORDEN DEL DIA / AGENDA

Bienvenida
Introducción De la actividad
Desarollo de la actividad
agradecimiento.
Despedida.

GENERALIDADES DE LA REUNION / DESARROLLO AGENDA / CONCLUSIONES Y DECISIONES

La Secretaria de Salud y la alcaldia municipal y el plan de intervenciones colectivo (PIC) 2024 en articulación con la Ips wayuu talatshi se dirige al territorio 24, micro territorio, 05 Amorsito donde Realizamos un casa casa donde llegamos a cada hogares a socializar y educar sobre la importancia de las vacunas se les educa e informa que las vacuna son muy importante ya que son importante ya que son productos que Generalmente se proporcionan durante la infancia para proteger a los niños contra enfermedades graves y a menudo mortales.
Al Estimular las defensas naturales del organismo la preparan para combatir enfermedades de manera mas rapida y efectiva, se les pide el carnet de

MUNICIPIO
DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.S.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

o al familiar encargado del niño se observa. Si el niño tiene el Carnet de vacunación completo o le falte alguna vacuna.
Procedemos a vacunar a los niños que tienen el esquema de vacunación incompleto, se le explica a cada mamita lo importante que es llevar a los controles al niño cada vez que le corresponda. Según su esquema de vacunación para que citen el día y así prevenir de muchas enfermedades más adelante se les dejo todo claro a las mamitas que se visitaron en el caso aca se

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

No.	COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA
1.			
2.			
3.			

CONCLUSIONES
Se les Socializo y se le explico a las madre la importancia de vacunar a los niños para prevenir enfermedades mas adelante

NOMBRE Y APELLIDOS	TELEFONO	INSTITUCION O CARGO	FIRMA
1. Jose Gonzalez		Lider	
2. Yanira Martinez	3015331772	PIC	
3. Jairen Arregoces	3012491816	PIC	
4. Yohanis Epieyu	3005869977	PIC	
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

FIRMA DE QUIEN ELABORA EL ACTA: Yohanis Epieyu

515

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Vida Saludable y enfermedades transmisibles		
ACTIVIDAD: #36 Realizar 01 caracterización mensual del esquema incompleto de vacunación en población en riesgo.	TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: T 24 Mz 05 Limonsito.	
FECHA: 19/09/24	HORA DE INICIO: 9:00 AM	HORA DE FINALIZACION: 10:30 AM

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Dany Weber.	1124037392	M	24	Mz:05 Limonsito	Vía limonsito	3234144345	Nuevo Campo					✓			Dany Weber.
2	Yaritza Gonzalez	1006898260	F	49	Mz:05 limonsito	Vía limonsito	3179516511	Nuevo Campo					✓			Yaritza Gz.
3	Maria Gonzalez	40780430	F	48	Mz:05 limonsito	Vía limonsito	3136886131	Nuevo Campo					✓			
4	Rosa Ipuana	1124030480	F	30	Mz:05 limonsito	Vía limonsito	No tiene	Nuevo Campo					✓			Rosa I
5	Alba luz Ramirez	56088952	F	50	Mz:05 limonsito	Vía limonsito	3108254444	Nuevo Campo					✓			Alba luz
6	Erasmo Ramirez	17857239	M	32	Mz:05 limonsito	Vía limonsito	3234406464	Desafiliado					✓			Erasmo
7	Rosa Epieyu.	1124001854	F	30	Mz:05 limonsito	Vía limonsito	3234961644	Nuevo Campo					✓			Rosa Epieyu.
8	Concheta Jayariyu	40786166	F	55	Mz:05 limonsito	Vía limonsito	No tiene	Nuevo Campo					✓			Concheta Jayariyu
9	Libia Jayariyu	40880045	F	53	Mz:05 limonsito	Vía limonsito	3241701813	Nuevo Campo					✓			Libia
10	Miguel Ramirez	56090960	F	60	Mz:05 limonsito	Vía limonsito	3106336534	Nuevo Campo			✓		✓			Miguel R.

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Vida Saludable y enfermedades transmisibles		
ACTIVIDAD: 126 Realizar (1) consulta de control del cumplimiento de vacunación en población en riesgo.	TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: T 24, 4 Eos Limonsito.	
FECHA: 19/09/24	HORA DE INICIO:	HORA DE FINALIZACION:

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Maria del carmen Gonzalez	40795048	F	68	Micros Limonsito	Via Limonsito	3106666531	Anexo cumplido			✓		✓			Maria
2	Machon Epieyu.	15236322	M	82	Micros Limonsito	Via Limonsito	3234906916	Anexo cumplido			✓		✓			
3	Elsy Epieyu.	27024915	F	49.	Micros Limonsito	Via Limonsito	3216768275	Anexo cumplido					✓			Elsy Epieyu.
4	Kelik Ramirez	1006744931	F	22	Micros Limonsito	Via Limonsito	3153252909.	Anexo cumplido					✓			Kelik D.G.
5	Yhonatan Ramirez	1006744933	M	23	Micros Limonsito	Via Limonsito	3218713041	Anexo cumplido					✓			Yhonatan Ramirez
6																
7																
8																
9																
10																

ANEXOS

EBS N°5 - PRIORIDAD SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

INFORME DEL 20 DE AGOSTO AL 19 DE SEPTIEMBRE DE 2024

PIC-2024

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE LA FUNDACION AVANCES

CERTIFICA

Que durante el periodo comprendido desde el día 20 de Agosto al 19 de Septiembre del año 2024 se transmitieron estrategias de información en salud (piezas comunicativas de difusión/Espacios radiales, Cuñas radiales, Perifoneos, Videos editados y difundidos, Redes sociales, Espacios diálogos en vivo, vía YouTube) del Plan de Intervenciones Colectivas PIC-2024, para cumplir con el Contrato de Prestación de Servicios N° CDCOI-CPS-MM-001-2024, suscrito entre la IPSI WAYUU TALATSHI y la Alcaldía Municipal de Maicao, La Guajira, en lo referente a las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC 2024.
Según el siguiente Anexo:

ANEXO N° 01
COMPONENTE N° 3 INFORMACION EN SALUD
COMPONENTE N° 3.1 – ESTRATEGIAS DE INFORMACION EN SALUD DEL PIC-2024

EBS	PRIORIDADES EN SALUD
N°4	VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES
	VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
N°5	SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS
N°6	CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL
TOTAL	

Para mayor constancia, esta certificación se expide a los 20 días del mes de Septiembre de 2024.

Atentamente;

ALEXIS BRITO GRANADILLO.
C.C. 84.048.648 De Maicao.
Representante Legal.

+57 310 494 8065
avanceestereo@gmail.com
Calle 13 No. 10 -85
Maicao, La Guajira

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE LA FUNDACION AVANCES

CERTIFICA:

Que se emitieron paquetes de Cuñas Radiales de la dimensión **SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS** con los siguientes temas y en las actividades que a continuación se describen:

ACTIVIDAD	CANTIDAD	DESCRIPCION
19. Realizar dos (2) campañas de pruebas Voluntarias de VIH en articulacion con la Red Prestadora en el Marco de la Conmemoracion del Dia Internacional de Prevencion del VIH SIDA, a celebrarse el 1 de diciembre año 2024 en (2) dos instituciones ipsi pic a 300 personas.	1	Equivalente a (3 Cuñas en una semana y media).

Para mayor constancia, esta certificación se expide a los 20 días del mes de Septiembre de 2024.

Atentamente;

ALEXIS BRITO GRANADILLO.
C.C. 84.048.648 De Maicao.
Representante Legal.

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE LA FUNDACION AVANCES

CERTIFICA:

Que se emitieron paquetes de Perifoneos de la dimensión **SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS** con los siguientes temas y en las actividades que a continuación se describen:

ACTIVIDAD	CANTIDAD	DESCRIPCION
19. Realizar dos (2) campañas de pruebas Voluntarias de VIH en articulacion con la Red Prestadora en el Marco de la Conmemoracion del Dia Internacional de Prevencion del VIH SIDA, a celebrarse el 1 de diciembre año 2024 en (2) dos instituciones ipsi pic a 300 personas.	1	Equivalente a (6 horas de perifoneo).

Para mayor constancia, esta certificación se expide a los 20 días del mes de Septiembre de 2024.

Atentamente;

ALEXIS BRITO GRANADILLO.
C.C. 84.048.648 De Maicao.
Representante Legal.

SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

ACTIVIDAD N° 7:

REALIZAR JORNADA DE INTERVENCIÓN, ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA EN CENTRO DE ESCUCHA DONDE OPEREN LOS EQUIPOS BÁSICOS DE PIC Y/O DE ORIENTACIÓN ESCOLAR EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DIRIGIDOS A LA POBLACIÓN ESTUDIANTIL EN RIESGO E IDENTIFICADO PARA LA PROMOCIÓN DEL PROGRAMA DE SERVICIOS AMIGABLES PARA JÓVENES Y ADOLESCENTES EN ARTICULACIÓN CON LA RED PRESTADORA.

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

FORMATO DE ACTAS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC WAYUU TALATSHI I.P.S.I 2024

ACTA N°: 02	FECHA: 3-09-2024	
DEPARTAMENTO: LA GUAJIRA	MUNICIPIO: MAICAO	
T: Comuna 3 LUGAR: IA: Colegio San Jose Campestre	HORA INICIO: 8:00	HORA TERMINACION: 10:40 PM
AREA / DEPENDENCIA: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos		
OBJETIVO: Educar Sobre. Servicios amigables		
RESPONSABLE: NERYS LOPEZ		

NOMBRES	CARGO	INSTITUCION A LA QUE PERTENECE
1. NERYS LOPEZ	coordinadora	PIC
2. Anais Ustate	Agente	PIC
3. Carina Epiayuu	Promotora	PIC
4. Gladys Romero	Agente	PIC.
5.		
6.		
7.		

OBJETIVO:	1. Realizar una Jornada educativa de intervencion. Para la promocion del Programa de servicios amigables para Jovenes y adolescentes. en articulacion con la red Prestadora

IDENTIFICACION DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR

1.ASISTENCIA TECNICA( )	2. ACOMPAÑAMIENTO/ASESORIA( )	3. VISITAS DE INSPECCION( )
4. CAPACITACION( )	5. REUNION(X)	6. VISITAS DE SEGUIMIENTO( )
7. OTROS( )		

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.A.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

ORDEN DEL DIA / AGENDA
Saludo de Bienvenida
Oración a Dios
Presentacion
Desarrollo de la actividad
Agradecimientos
Despedida.

GENERALIDADES DE LA REUNION / DESARROLLO AGENDA / CONCLUSIONES Y DECISIONES
La Secretaria de Salud, en articulacion con la ips wayuu talatshi y el plan de intervenciones colectivas PIC 2024, se dirige al colegio San Jose. Climpestre, para realizar actividades educativas. relacionado con la Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos con el tema de ser unos amigables, llegando al lugar saludamos de manera individual a los docentes, explicando quienes somos y que llegamos para realizar actividades educativas en el area de la salud, seguidamente nos indican y llevan al lugar donde daremos inicio a la actividad, el lugar estaba dotado de sillas y un sonido para mejor desarrollo de la actividad, asi mismo llegaron los estudiantes a tomar su lugar al iniciar saludamos a todos los asistentes les damos la bienvenida, diciendo les que: sera una actividad muy importante para su vida, se realizo la Oracion a Dios pidiendo reverencia para el acto, seguir

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.S.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

durante nos presentamos ante todos los asistentes como equipo PIC 2024, para iniciar la educacion realizamos una dinamica para conocernos y armonizar la actividad, antes de entrar en el tema socializamos sobre los derechos sexuales los cuales estan enmarcados en la autonomia personal para ejercer y vivir plenamente la sexualidad con ello poder acceder sin ser juzgado a informacion de caracter educativo consejeria e insumos para gozar de una vida sexual plena y con consentimiento explicamos que el conocimiento sobre el tema juega un papel fundamental en el proyecto de vida de cada uno, es por tal razon que mediante esta actividad queremos informar sobre los servicios amigables a los cuales todo joven y adolecente tiene derecho, Preguntamos si conocian el termino de servicios amigables y la mayoria dijo que no, evidenciamos que el tema sera apropiado para los estudiantes cambios de postura y miradas de concentracion nos indicaron que captaban la información les socializamos que un servicio amigable es un lugar y espacio que debe estar en las entidades prestadoras de salud como en las IPS y hospitales y que cada joven puede acceder al servicio, les explicamos que en ello se brinda información y atención de manera diferenciada garantizando lo

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

Confidencialidad total y absoluta, se le aplica que al llegar a la institucion prestadora del servicio de salud la información de este servicio es de facil observacion ya que se tiene. Con carteles visibles el nombre de servicios amigables y tambien un camino a seguir con unos pies colorados. en el psg el cual conduce al consultorio, les dijimos que los servicios que ofrece. Servicios amigables para todos los jovenes son servicios de prevencion, diagnostico y atencion del VIH e ITS, principalmente sensibilizando en la atencion integral de la poblacion joven y adolecente, que sus horarios son continuos y de facil acceso, la jornada fue muy dinamica y proactiva los jovenes estuvieron atentos, realizamos preguntas relacionadas con el tema, de forma alentadora y de manera positiva. tuvimos respuestas, Finalizamos la actividad agradeciendo a todos por la atencion prestada, pedimos un aplauso para ellos y salimos del aula.

Carrera 15 # 5 - 41 Barrio Boscán - Maicao - La Guajira
Teléfono 7255976- 7250252 Cel. 301 3947153 – 304 6242909
Pag Web: www.ipswayuutalatshi.com - E-mail: picmaicao2024@gmail.com

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.S.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

No.	COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA
1.	Aner en Practica lo aprendido	Asistente	Entodo momento
2.	Difundir la Información recibida	Asistente	Siempre
3.			

CONCLUSIONES
la actividad. Fue muy dinamica el conocimiento adqui rido por los asistentes, tendra un impacto Posi tivo en sus vidas y su Proyecto de vida

NOMBRE Y APELLIDOS	TELEFONO	INSTITUCION O CARGO	FIRMA
1.			
2. NERYS LOPEZ	3004331334.	PIC.	
3. Anny Estate.	3145033155.	PIC	
4. Dorina Nayallanes	3006622570	PIC.	
5. Gladys Romero	3008361387	PIC.	
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

FIRMA DE QUIEN ELABORA EL ACTA: Dorina Nayallanes

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Sexualidad, Derechos sexuales y Reproductivos		
ACTIVIDAD: Promocion del Programa de Servicios amigables y Prevencion de embarazos en Adolecentes.	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** Comuna 3 MT02 Barrio 1ro de Diciembre.	
FECHA: 3-09-2024	**HORA DE INICIO:**	**HORA DE FINALIZACION:** 10:40 AM

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Dariana max U.	1101204663	F	14	MT=02 1 diciembre	I san jose comprestre #4	3106912734	Ueps							✓	Dariana MAX U.
2	Darleinis Tapia	1124028102	F	15	MT=02 1 diciembre	I. san jose comprestre #4	3218015053	AW							✓	Darleinis Tapia
3	Naty Pushaina	1134130924	F	15	MT=02 1 diciembre	I san jose comprestre #4	3205354743	AW					✓			Naty Pushaina
4	Mmaado Bonivento	1123023	F	16	MT=02 1 diciembre	I. san jose comprestre #4	3009532541	AW					✓			M.B.
5	Sharol Amaya	1121539386	F	15	MT=02 1 diciembre	I. san jose comprestre #4	3009672037	caja cap							✓	Sharol Amaya
6	Lorena Iguaran	1124021897	F	16	MT=02 1 diciembre	I. san jose comprestre #4	3123418339	AW							✓	Lorena I.
7	Javier Gomez	1124044406	M	17	MT=02 1 diciembre	I. san jose comprestre #4	3215037263	caja cap							✓	Javier Gomez
8	Jaider Hernandez	1139524504	M	14	MT=02 1 diciembre	I. san jose comprestre #4	3015657467	familia colombia							✓	Jhander H.
9	Danna Barros	1124035643	F	14	MT=02 1 diciembre	I. san jose comprestre #4	3247055840	coo salud							✓	Danna Barros
10	Milanyela Vizcaino	1124063553	F	16	MT=02 1 diciembre	I. san jose comprestre #4	3014119027	coo salud							✓	Milanyela Vizcaino

528

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos		
ACTIVIDAD: Promocion de practicas de sexualidad segura, Prevencion de embarazo en adolecentes	TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: T: Omona 3 MT: 02 Colegio san jose campestre	
FECHA: 3-09-2024	HORA DE INICIO: 8:00 AM	HORA DE FINALIZACION: 10:40 AM

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Osmar Granadillo	1122538202	M	16	MT=02 1 diciembre	I san jose campestre #4	no tiene	AW					✓			Osmar granadillo
2	Esneider Granadillo	1122541093	M	14	MT=02 1 diciembre	I san jose campestre #4	no tiene	AW					✓			Esneider Granadillo
3	Jose Iguaran	1124070342	M	16	MT=02 1 diciembre	I. san jose campestre #4	3245112494	AW					✓			
4	Edwin Pana	1124070057	M	15	MT=02 1 diciembre	I. san jose campestre #4	3024343345	AW					✓			Edwin P.
5	Yelner Paz	1124100887	M	14	MT=02 1 diciembre	I. san jose campestre #4	3113168770	AW					✓			Yelner Paz
6	Jhon Jairo	1124028851	M	15	MT=02 1 diciembre	I. san jose campestre #4	3116273408	AW					✓			Jhon Jairo
7	Victor Ospino	1134170479	M	15	MT=02 1 diciembre	I. san jose campestre #4	3013504615	AW					✓			Victor Ospino
8	Laura Gamarra	1065124955	F	17	MT=02 1 diciembre	I. san jose campestre #4	3042504217	ecosalud						✓		Laura Gamarra
9	Yisell Bincon	52547154	F	17	MT=02 1 diciembre	I san jose campestre #4	3008581961	AW							✓	Yisell Bincon
10	Saylis Alvarez	1194170155	F	15	MT=02 1 diciembre	I. san jose campestre #4	3044523832	Nueps						✓		Saylis Alvarez

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos.			
ACTIVIDAD: Promocion del Programa de Servicios amigables y Prev. Vacunacion de embarazos en adolescentes	TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: T: Comuna 3 MT=02 Barrio 1ro de Diciembre		
FECHA: 3-09-2024	HORA DE INICIO: 8:00 AM.	HORA DE FINALIZACION: 10:40 AM	

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Mateo Mairugo	1051889131	M	14	MT=02 1 Diciembre	I San Jose Compestre #4	3168563566	caja copi							✓	Mateo Mairugo
2	Eillen Orozco	1195713234	F	15	MT=02 1 diciembre	I. San Jose Compestre #4	3042145242	AW							✓	Eillen Orozco
3	Baleurys Medina	3053033410	M	16	MT=02 1 diciembre	I. San Jose Compestre #4	3007349429	caja copi							✓	B. Medina M.
4	Jaceth Toloza	1121539967	H	14	MT=02 1 diciembre	I. San Jose Compestre #4	3127150962	AW							✓	Jaceth Toloza
5	Xabiana Iguaran	1121542167	F	13	MT=02 1 diciembre	I. San Jose Compestre #4	3248567209	AW					✓			Xabiana I.
6	Fabian Romero	1121539666	M	15	MT=02 1 diciembre	I. San Jose Compestre #4	3006932046	sanitas			✓				✓	Fabian Romero
7	Emily Isaza	1124035378	F	14	MT=02 1 diciembre	I. San Jose Compestre #4	3234682110	caja copi							✓	Emily Isaza
8	Jonatan Galvan	1195713236	M	14	MT=02 1 diciembre	I. San Jose Compestre #4	no tiene	caja copi							✓	Jonathan Galvan
9	Christian Aena	1124024711	M	15	MT=02 1 diciembre	I. San Jose Compestre #4	3016474999	AW							✓	Christian Aena
10	Oscar Castallo	1050277558	M	18	MT=02 1 diciembre	I. San Jose Compestre #4	3145966871	Mutual ser							✓	Oscar C.

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos		
ACTIVIDAD: Promocion del programa de servicios amigables y Promocion de embarazo en adolecentes	TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: T: Comuna 3 - MT 02 Parque San Jose campestre	
FECHA: 3 - 09 - 2024	HORA DE INICIO: 8:00 AM.	HORA DE FINALIZACION: 10:40 AM

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Raman Ballos	1121558 3510	M	15	MT=02 1diciembre	I san jose campestre #4	3024384310	AW					✓			Raman Ballos
2	Jesus Rourgaul	1124025376	M	15	MT=02 1diciembre	I. san jose campestre #4	3022240501	caja capi					✓			Jesus rourgaul
3	Saiela Bonivento	3236483436	F	16	MT=02 1diciembre	I. san jose campestre #4	3236483436	AW					✓			Saiela Bon
4	Diana Baez	56353585	F	18	MT=02 1diciembre	I san jose campestre #4	3236990282	caja capi					✓			Diana Baez
5	Wesdel Ariza	1121532705	M	17	MT=02 1diciembre	I san jose campestre #4	3015404874	NUEVA EPS					✓			Wesdel Ariza
6	Victor Gonzalez	1146992057	M	17	MT=02 1diciembre	I. san jose campestre #4	3146592057	caja capi					✓			V. Gonzalez
7	Jairen Ariza	1124024652	M	17	MT=02 1diciembre	I san jose campestre #4	3011685118	caja capi							✓	Jairen Ariza
8	Camilo Quintero	1123958810	M	15	MT=02 1diciembre	I san jose campestre #4	3004937638	AW							✓	Camilo Quintero
9	Yerssino Olivero	1134169897	M	16	MT=02 1diciembre	I san jose campestre #4	3004930203	AW							✓	Yerssino Olivero
10	Jose Palmar	1121585495	M	16	MT=02 1diciembre	I. san jose campestre #4	3108275280	AW					✓			Jose Palmar

531

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Sexualidad, Derechos Sexuales Y Reproductivos		
ACTIVIDAD: Promocion del programa de Servicios amigables y Prevencion de adolecentes embarazo	TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: T: Comuna 3 MT: 02 Barrio Primero de Diciembre	
FECHA: 3-9-2024	HORA DE INICIO: 8:00 AM	HORA DE FINALIZACION: 10:40 AM

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Yesid Gonzalez	1125737716	M	14	MT=02 diciembre	1 San Jose Campestre #4	3043422767	DK							✓	Yesid Gonzalez
2	Greidis Berna	1121536201	F	16	MT=02 diciembre	1 San Jose Campestre #4	3243358326	Caja copi							✓	Greidis Berna
3	Anyeli Uriana	1120500438	F	17	MT=02 diciembre	1 San Jose Campestre #4	3216081429	DK					✓			Anyeli Uriana
4	Emily Lopez	1123471358	F	15	MT=02 diciembre	1 San Jose Campestre #4	3244177763	DK							✓	Emily Lopez
5	Jerson de la Hoz	1134170424	M	15	MT=02 diciembre	1 San Jose Campestre #4	3006044676	Caja copi							✓	J. de la hoz
6	Valentina pinedo	1124053200	F	17	MT=02 diciembre	1 San Jose Campestre #4	3005650446	DK					✓			Valentina P.
7	Maryuris Acosta	1131535487	F	17	MT=02 diciembre	1 San Jose Campestre #4	3057248455	DK							✓	maryuris acosta
8	Katteryn Acosta	1134169336	F	16	MT=02 diciembre	1 San Jose Campestre #4	3045445628	Caja copi							✓	Katteryn A.
9	Jannis Romero	1123971722	F	19	MT=02 diciembre	1 San Jose Campestre #4	3006332046	guajira							✓	
10	maria angel mathews	PPT 5107272	F	17	MT=02 diciembre	1 San Jose Campestre #4	3207332696	Caja copi							✓	mathews.

532

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos.		
ACTIVIDAD: Promocion del programa de Jovenes amigables y Prevencion de embarazo en adolecentes	TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: T: Comuna 3 MT: 02 Barrio Primero de Diciembre.	
FECHA: 3-09-2024	HORA DE INICIO: 8'00 AM	HORA DE FINALIZACION: 10:40 AM

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Barbara Chavez	40943888	F	16	MT=02 1 diciembre	I. san jose campeche #4	3002460886	AW							✓	Barbara Chavez
2	Freddy Castillo	1124022591	M	16	MT=02 1 diciembre	I. san jose campeche #4	3107196676	DM					✓			Freddy Castillo
3	Alonso Granadillo	1121542741	M	16	MT=02 1 diciembre	I. san jose campeche #4	3152434652	sanitas					✓			A. Granadillo
4	Diego Rosario	1134169109	M	16	MT=02 1 diciembre	I. san jose campeche #4	3246304081	AW							✓	Diego Rosario
5	Tatiana Banos	1124535865	F	16	MT=02 1 diciembre	I. san jose campeche #4	3008067403	DM					✓			Tatiana Banos
6	Yaider Mora	1124018406	M	12	MT=02 1 diciembre	I. san jose campeche #4	3218258861	AW					✓			Yaider Mora
7	Landys Yepez	1134170607	F	15	MT=02 1 diciembre	I. san jose campeche #4	3114363091	AW							✓	Landis Yepez
8	Neiver Jimenez	1121533024	M	16	MT=02 1 diciembre	I. san jose campeche #4	3142391784	NGS							✓	
9	Neivis Ospino	1121953060	F	16	MT=02 1 diciembre	I. san jose campeche #4	3241748861	AW							✓	Ospino
10	Wilmaira Castro	1143206185	F	15	MT=02 1 diciembre	I. san jose campeche #4	3013566413	AW							✓	Wilmaira C.

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivo.		
ACTIVIDAD: Promocion del Programa de servicios amigables y Prevencion de embarazo en adolecentes	TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: T. Comuna 3 MT:02 Barrio Primero de Diciembre	
FECHA: 3- 09- 2024	HORA DE INICIO: 8'.00 AM	HORA DE FINALIZACION: 10'.00 AM

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Fabian Romero	1121532562	F	18	1MT=02 diciembre	1. san jose campestre #4	3144746323	Anas W					X			Fabian Romero
2	Alexander Acosta	1121038584	M	15	1MT=02 diciembre	1. san jose campestre #4	3108148298	Caja copi							X	Alexander A.
3	Jose campo	1724029073	M	15	1MT=02 diciembre	1. san jose campestre #4	3007209048	Caja copi							X	JOSE CAMPO
4	Samir Pushaina	1149184992	M	15	1MT=02 diciembre	1. san jose campestre #4	3168661240	DK					X			Samir Pushaina
5	Mishell Diaz	1124023236	F	16	1MT=02 diciembre	1. san jose campestre #4	no tiene	Anas W							X	mishell diaz
6	Danna Brito	1121540469	F	14	1MT=02 diciembre	1. san jose campestre #4	3215929248	Anas W							X	Danna Brito
7	Sara Andrade	1775713475	F	15	1MT=02 diciembe	1. san jose campestre #4	no tiene	NEPS							X	S
8	Antonella B	6207502	F	17	1MT=02 diciembre	1. san jose campestre #4	3246299394	NO							X	Antonella B.
9	Nicolle Brito	1014210896	F	16	1MT=02 diciembre	1. san jose campestre #4	no tiene	NEPS							X	nicolle brito
10	Loreidis Duran	1734170628	F	15	1MT=02 diciembre	1. san jose campestre #4	3004494145	Anas W							X	Loreidis Duran

534

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos		
ACTIVIDAD: Promocion de Programa de Servicios amigables Prevencion de embarazo en adolescentes	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** T: comuna 3 MT=02 Barrio primero de Diciembre	
FECHA: 3-09-2024	**HORA DE INICIO:** 8:00 AM	**HORA DE FINALIZACION:** 10:40 AM

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Luisa Esarrubia	1121537027	F	16	MT=02 diciembre	1 san jose campestre #4	3134195602	Anas W							✓	Luisa Esarrubia
2	Hector Ortiz	1124023626	M	16	MT=02 diciembre	1 san jose campestre #4	3003077300	Anas W					✓			Hector Ortiz
3	Elizabeth pitre	1124031992	F	14	MT=02 diciembre	1 san jose campestre #4	3137240761	Anas W							✓	Elizabeth Pitre
4	Sharol Julio	1066378359	F	14	MT=02 diciembre	1 san jose campestre #4	3044181917	Anas W							✓	Sharol Julio
5	KaTherin Narvaez	1121537607	F	16	MT=02 diciembre	1 san jose campestre #4	3108335753	Anas W							✓	KATHERIN NARVAEZ
6	Jhon Olaya	1121537940	M	15	MT=02 diciembre	1 san jose campestre #4	3132665086	Anas W							✓	Jhon Olaya
7	Jassen Jimenez	1121534582	F	17	MT=02 diciembre	1 san jose campestre #4	3127435272	Anas W							✓	Jhassen Jimenez
8	Deimar Perez	1124031230	M	15	MT=02 diciembre	1 san jose campestre #4	3146019553	Cayeri cupi							✓	Deimar
9	Aldair Uriche	1124022841	M	16	MT=02 diciembre	1 san jose campestre #4	3022289015	Anas W							✓	Aldair Uriche
10	Miguel Salazar	1121540153	M	14	MT=02 diciembre	1 san jose campestre #4	3225257113	ganita							✓	Miguel Salazar



WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos		
ACTIVIDAD: Promocion del servicio de Programas de Servicios amigables Prevencion de embarazo en adolescentes	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** T: Comona 3 MT=02 Barrio Primero de Diciembre	
FECHA: 3-09-2024	**HORA DE INICIO:** 8:00 AM	**HORA DE FINALIZACION:** 10:40 AM

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Francisco Daza	1775713042	M	16	1MT=02 diciembre	1 san jose campestre #4	3102960096	Cajacopi					✓			Francisco Daza
2	Shirli Ipuana	1721539235	F	14	1MT=02 diciembre	1 san jose campestre #4	3047476240	Cajacopi							✓	Shirli Ipuana
3	Yulanis Flores	1121537306	F	16	1MT=02 diciembre	1 san jose campestre #4	3008429900	Anas W							✓	Yulanis F.
4	Berlis Suarez	1134171067	F	15	1MT=02 diciembre	1 san jose campestre #4	3015594597	cajacopi							✓	
5	Daniel Alvares	1769713462	M	14	1MT=02 diciembre	1 san jose campestre #4	NO Tiene	Motilon sel							✓	Daniel Alvares
6	Cristofer Bermudez	1775713703	M	14	1MT=02 diciembre	1 san jose campestre #4	3244248312	Anas W							✓	Cristofer Bermúdez
7	Joalex Vasquez	1151161400	M	13	1MT=02 diciembre	1 san jose campestre #4	3205775789	Anas W							✓	Joalex Vasquez
8	Flor Vizcaino	1149154614	F	16	1MT=02 diciembre	1 san jose campestre #4	3004107124	Anas W							✓	Flor Vizcaino
9	Jeyson Duron	1134170092	M	16	1MT=02 diciembre	1 san jose campestre #4	3234167240	Anas W							✓	Jeyson Duron
10	Maria Sandoval	1771540322	F	14	1MT=02 diciembre	1 san jose campestre #4	3013597913	Motilon							✓	Maria Sandoval

SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

ACTIVIDAD N° 12:

REALIZAR TRES (3) ACTIVIDADES ARTICULADAS Y DE APOYO A LA CANALIZACIÓN, LAS JORNADAS DE TAMIZAJE REALIZADAS POR LAS EAPB MUNICIPAL, PARA LA PRUEBA RÁPIDAS DE VIH Y HEPATITIS B, DIRIGIDA A LA POBLACIÓN VULNERABLE Y DE DÍFÍCIL ACCESO (TRABAJADORAS SEXUALES, COMUNIDAD LGTBI, MIGRANTES, DESMOVILIZADOS Y ZONA RURAL) Y CONSOLIDAR EL TOTAL DE PERSONAS CANALIZADAS TRIMESTRALMENTE A LOS SERVICIOS DE SALUD.

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

FORMATO DE ACTAS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC WAYUU TALATSHI I.P.S.I 2024

ACTA N°: 01	FECHA: 9-09-2024.	
DEPARTAMENTO: LA GUAJIRA	MUNICIPIO: MAICAO	
LUGAR: M. Barrio villa Daisy. Comuna 5	HORA INICIO: 8:00 AM	HORA TERMINACION: 10:40 AM.
AREA / DEPENDENCIA: Sexualidad, Derechos sexuales y reproductivos		
OBJETIVO: Educar sobre la importancia de pruebas rápidas		
RESPONSABLE:		

	NOMBRES	CARGO	INSTITUCION A LA QUE PERTENECE
1.	Anlis ustate	Agente	PIC
2.	Ayina magallanes	Promotora	PIC
3.	Gladys Romero	Agente	PIC
4.			
5.			
6.			
7.			

OBJETIVO:	1. Realizar Actividades de Apoyo en las Jornadas de tamizaje realizadas por las EAPB para las pruebas rápidas de VIH y Hepatitis B

IDENTIFICACION DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR

1.ASISTENCIA TECNICA( )	2. ACOMPAÑAMIENTO/ASESORIA( )	3. VISITAS DE INSPECCION( )
4. CAPACITACION( )	5. REUNION(X)	6. VISITAS DE SEGUIMIENTO( )
7. OTROS( )		

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

ORDEN DEL DIA / AGENDA
Saludo de Bienvenida.
Presentacion.
Desarrollo de la actividad
Agradecimientos
Despedida.

GENERALIDADES DE LA REUNION / DESARROLLO AGENDA / CONCLUSIONES Y DECISIONES
La Secretaria de salud municipal, en articulacion con la IPSI Wayuu Talatshi en ejecucion del Plan de Intervenciones Colectivas PIC 2024, se vinculo a la jornada de prueba rapida de VIH y hepatitis B, dirigida a la Poblacion Vulnerable con el objetivo de realizar actividades de concientizacion sobre la enfermedad y lo importante de realizarse las pruebas para un oportuno control y tratamiento mediante la ruta de atencion y vigilancia, en la jornada se evidencio que las personas han un temor por realizarse la prueba. Para lo cual realizamos la educacion sobre el tema VIH y hepatitis B, social, dando a conocer que el VIH es una enfermedad que ataca principalmente el sistema inmune, haciendo que el cuerpo no se pueda defender de las infecciones, ademas explicamos que

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

Se trasmite por medios de relaciones sexuales sin protección y aquí insistimos en el uso del preservativo como metodo de planificacion y de proteccion, les explicamos que tambien puede adquirir el VIH de madre a hijo, en el embarazo, otra vez del parto y en el proceso de lactancia tambien, por medio de agujas infectadas o contacto con sangre infectada, tambien se explico que el tratamiento puede evitar que se desarrolle la enfermedad por lo tanto es necesario que se realicen la prueba, seguidamente socializamos lo que es la hepatitis B explicamos que es una inflamacion del higado causada por el virus de la hepatitis B, causa fiebre, color amarillo en los ojos y la piel, dolor en el abdomen, Orina Oscura, nausea, Vomitos, perdida de apetito, dolor en las articulaciones, tambien los dijimos que esta enfermedad se transmite mediante el contacto directo de fluidos corporales infectados generalmente atraves de un pinchazo de aguja o por contacto sexual, se le socializo que si tienen relaciones sin preservativos con una persona infectada pueden contraer la enfermedad y el virus de la hepatitis B, tambien se promociono la vacunacion contra la hepatis B. a si

MUNICIPIO
DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

como el uso del preservativo como metodo de proteccion frente al virus, tambien sea alizamos que la hepatitis B tiene varias etapas como la cronica, se explica tabien que las. INFECCIONES por hepatitis B que duran mucho tiempo pueden causar enfermedades en el higado grave como cirrosis y cancer de higado, 10, actividad se finaliza agradeciendo a cada persona educada sobre lo importante de vacunar las pruebas. y como esta ayuda a poder. intervenir y canalizar con. su. IPS. y brindar toda el acompañamiento en el proceso.

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

No.	COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA
1.	Poner en practica lo aprendido	Asistente	Siempre
2.			
3.			

CONCLUSIONES
En conclusion podemos decir que la actividad si genera impacto en la comunidad Por que se crea conciencia sobre lo importante de tener un diagnostico atrapo para el manejo de la enfermedad del VIH y hepatitis B

NOMBRE Y APELLIDOS	TELEFONO	INSTITUCION O CARGO	FIRMA
1. NORMS Lopez	3004331334	PIC	
2. Annis Ustate	3145033155.	PIC	
3. Donna Arregocés	3006622570	PIC	
4. Gladys Romero		PIC	
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

FIRMA DE QUIEN ELABORA EL ACTA: Donna Arregocés

542

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos		
ACTIVIDAD: 18 campaña de Pruebas voluntarias de VIH del día Internacional de Prevencion de VIH SIDA	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** T: Comuna 5 M: Barrio Villa Daisy.	
FECHA: 9-09-2024	**HORA DE INICIO:** 7:30 AM.	**HORA DE FINALIZACION:** 9:40 AM

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Angel Ramirez	31067029	M	34	Villa Daysi	Villa Daysi	3142029085						X			Angel Ramirez
2	Ceraida Uriana	56068102	F	54	Villa Daysi	Villa Daisy	302938177	DK					X			Ceraida Uriana
3	Rosa Uriana	23995880	F	21	Villa Daysi	Villa Daisy	3001280918						X			Rosa Uriana
4	Carmen Epieyu	40929557	F	52	Villa Daysi	Villa Daisy	3162659251	DASS					X			Carmen Epieyu
5	Matilde Uriana	24008153	F	40	Villa Daysi	Villa Daisy	3054589313						X			Matilde U.
6	Carlos Zambrano	84074086	M	49	Villa Daysi	Villa Daisy	3006622580								X	carlos
7	Keiber Gonzalez	26891711	M	26	Villa Daysi	Villa Daisy	3206400								X	Keiber Gonzalez
8	Marcela Epieyu	25345028	F	22	Villa Daysi	Villa Daisy	No tiene						X			Marcela Epieyu
9	Luis Chirinos	31567936	M	32	Villa Daysi	Villa Daisy	No tiene								X	Luis Chirinos
10	Carlos Hernandez	22134069	M	23	Villa Daysi	Villa Daisy	3216724085								X	carlos hernandez

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos		
ACTIVIDAD: # 1 Campaña de pruebas voluntarias de VIH del día internacional de la prevencion del VIH SIDA.	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** T. Comuna 5 M: Barrio Villa Daisy	
FECHA: 9-09-2024	**HORA DE INICIO:** 7:30 AM.	**HORA DE FINALIZACION:** 9:40 AM

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Liliana Epiayu	40940157	F	42	Villa Daisy	Villa Daisy	3205997341	Sanitas					X			Liliana E.
2	EDI Aguilar	27869221	F	28	Villa Daisy	Villa Daisy	3002696355	NUEVA EPS					X			EDI A
3	Jose Raman E	26891911	M	32	Villa Daisy	Villa Daisy	3150614021	DUSAK					X			Jose Raman E
4	Kellis Fonseca	22808160	F	38	Villa Daisy	Villa Daisy	3009411692	NUEVA EPS					X			Kellis F
5	Matilde Epinayu	24053296	F	27	Villa Daisy	Villa Daisy	3012300505	DUSAK					X			Matilde E.
6	Rosalia Uriana	56081889	F	55	Villa Daisy	Villa Daisy	3047216976	ANAS WAYUU					X			
7	Ana Ramirez	9356663	F	26	Villa Daisy	Villa Daisy	3217168320	NUEVA EPS					X			Ana Ramirez
8	William Cotes	9444590	M	43	Villa Daisy	Villa Daisy	No tiene	SOMOS SALUD					X			William Cotes
9	Rebeca Uriana	24403558	F	32	Villa Daisy	Villa Daisy	3152102350	DUSAK					X			Rebeca Uriana
10	Patricia Gonzalez	23894149	F	33	Villa Daisy	Villa Daisy	3200713215	NUEVA EPS					X			Patricia G.

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos		
ACTIVIDAD: #12. Jornada de tamizaje de Prueba rapida de VIH y Hepatitis B	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** T: Comona 5 M: Barrio Villa Daisy	
FECHA: 9-09-2024	**HORA DE INICIO:** 8:00 AM	**HORA DE FINALIZACION:** 9:40 AM

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Marbella Balboza	23259706	F	36	Villa Daisy	Villa Daisy	3128290860	Dusa							X	Marbella B.
2	Ernesto Fuenmayor	84073142	M	50	Villa Daisy	Villa Daisy	3007145022	Cajacopi					X			Ernesto Fue.
3	Richard Delgado	90408871	M	35	Villa Daisy	Villa Daisy	3006745096	Cajacopi							X	Richard Delgado
4	Juan Acuña	72144606	M	56	Villa Daisy	Villa Daisy	No tiene	Salud Total							X	Juan Acuña
5	Francisco Atencio	84077048	M	44	Villa Daisy	Villa Daisy	No tiene.	Anas Wayuu							X	Francisco A.
6	Ingris Calle	27028672	F	44	Villa Daisy	Villa Daisy	No tiene.	DK							X	Ingris Calle.
7	Ivan Barea	8770842	M	54	Villa Daisy	Villa Daisy	No tiene	Famisanar Cat							X	Ivan Barea
8	Yulaimy Guerrero	70956322	F	32	Villa Daisy	Villa Daisy	No tiene.	Dusak							X	Yulaimy Guerrero
9	Jorge Rueda	39104792	M	39	Villa Daisy	Villa Daisy	3107452034	Nueva EPS							X	Jorge Rueda
10	Carlos Bello	23490306	M	31	Villa Daisy	Villa Daisy	3106754 2.	DK							X	Carlos Bello

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

FORMATO DE ACTAS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC WAYUU TALATSHI I.P.S.I 2024

ACTA N°: 02	FECHA: 22-08-2024.	
DEPARTAMENTO: LA GUAJIRA	MUNICIPIO: MAICAO	
LUGAR: T: comuna 1 M: Barrio centro.	HORA INICIO: 8:00 AM.	HORA TERMINACION: 9:40 AM
AREA / DEPENDENCIA: Sexualidad, Derechos sexuales y Reproductivos		
OBJETIVO: Educar sobre la importancia de Pruebas Rapidas		
RESPONSABLE:		

NOMBRES	CARGO	INSTITUCION A LA QUE PERTENECE
1.		
2. Paola Ustate.	Agente	Pic
3. Carina Magallanes	Promotora	Pic
4. Gladys Romero	Agente	Pic
5.		
6.		
7.		

OBJETIVO:	1. Realizar Actividades de apoyo en las Jornadas de tamizaje realizadas por las EAPB, para las pruebas rapidas de VIH y hepatitis B

IDENTIFICACION DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR

1. ASISTENCIA TECNICA( )	2. ACOMPAÑAMIENTO/ASESORIA( )	3. VISITAS DE INSPECCION( )
4. CAPACITACION( )	5. REUNION(X)	6. VISITAS DE SEGUIMIENTO( )
7. OTROS( )		

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

ORDEN DEL DIA / AGENDA
Saludo de Bienvenida
Oracion a Dios
Presentacion del equipo
Desarrollo de la actividad
Agradecimientos
Despedida.

GENERALIDADES DE LA REUNION / DESARROLLO AGENDA / CONCLUSIONES Y DECISIONES
La Secretaria de salud municipal en articulacion con la IPSI wayuu tala Shi y el Plan de intervenciones colectivos PIC 2024, realiza actividad en articulacion de tamizaje por los EAPB, para Prueba rapida de VIH y hepatitis B, para la actividad a desarrollar dimos un cordial Saludo de bienvenida a cada uno de los que iban llegando al lugar donde estamos ubicados, les explicamos que como equipo PIC, estamos apoyando la actividad cuando cada persona llega ha le explicamos que la Prueba rapida es una estrategia que se utiliza para identificar la poblacion en riesgo y que al ser una prueba rapida nuestro resultado inmediatamente, se le explico tambien que somos encargado de hacer la canalizacion a la Entidad Prestadora para dar manejo si los

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

Prueba sale postura, la prueba es totalmente gratis. y es una forma que tre me para saber si tiene o no alguna enfermedad, en la jornada tambien se evidencia que las persona al llegar sienten temor. pero se le brinda la confianza para que tomen la prueba. ya que es. de gran Fundamento para la vida. Finalizamos la actividad agradeciendo a cada persona por su participacion.

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

No.	COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA
1.	Buscar ayuda si lo requiere	Asistente.	Siempre
2.	Llegar a la ips si lo requiere	Asistente.	Siempre.
3.			

CONCLUSIONES
Se concluye que la jornada de prueba rapida de VIH se realizo con satisfaccion.

NOMBRE Y APELLIDOS	TELEFONO	INSTITUCION O CARGO	FIRMA
1. Dayis Lopez			
2. Anais. Ustede.	3	PIC	
3. Donna Mugallanes	3006622578	PIC	
4. Gladys Romero		PIC	
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

FIRMA DE QUIEN ELABORA EL ACTA: Donna Mugallanes.

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos		
ACTIVIDAD: #12 Jornada de tamizaje de Prueba rapida de VIH y Hepatitis B	TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: TT: Comuna 1 M: Barrio centro.	
FECHA: 22-08-2024	HORA DE INICIO: 8:00 AM	HORA DE FINALIZACION: 9:40 AM

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Carlos Zambrano	84074086	M	49	Barrio Centro	Calle 12, 13, 14	3106704098	Caja Cop					X			
2	Keiber Gonzale	26859711	M	26	Barrio Centro	Calle 12, 13, 14	3005423265	Nueva EPS					X			Keiber Gonzale
3	Luis Chirino	31567936	M	32	Barrio centro	Calle 12, 13, 14	3006624156	Nueva EPS					X			Luis Chirino
4	Manuela Epieyu	25345028	F	22	Barrio Centro	Calle 12, 13, 14	No tiene	Caja					X			Manuela Epieyu
5	Carlos Hernandez	22134069	M	23	Barrio Centro	Calle 12, 13, 14	3176902085	Dusakin					X			Carlos Hernandez
6	Angel Ramirez	31067229	M	34	Barrio Centro	Calle 12, 13, 14	3142029085	Sanitas					X			
7	Gerarda Uriana	56068102	F	48	Barrio Centro	Calle 12, 13, 14	3029387177	Dusakin					X			Gerarda Uriana
8	Rosa Uriana	23915880	F	21	Barrio centro	Calle 12, 13, 14	3015280918	Nueva EPS					X			Rosa U.
9	Carmen Duarte	40929557	F	52	Barrio centro	Calle 12, 13, 14	3162659729	Nueva EPS					X			
10	Matilde Uriana	24008153	F	40	Barrio centro	Calle 12, 13, 14	3054589133	Dusakin					X			Matilde Uriana

Carrera 15 # 5 - 41 Barrio Boscán - Maicao - La Guajira
Teléfono 7255976- 7250252 Cel. 301 3947153 – 304 6242909
Pag Web: www.insiwayuutalatshi.com - E-mail: picmaicao2024@gmail.com

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Sexualidad, Derechos Sexuales Y Reproductivos		
ACTIVIDAD: # 12 Jornada de tamizaje de Prueba rapida de VIH y Hepatitis B.	TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: T: Comuna 1 M: Barrio centro.	
FECHA: 22-08-2024	HORA DE INICIO: 8:00 AM	HORA DE FINALIZACION: 9:40 AM.

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Liliana Epiayu	40940157	F	42	Barrio Centro	Calle 12, 13, 14	3210591939	Espinar					X			
2	EDI Aguilar	27869221	F	28	Barrio centro	Calle 12, 13, 14	3026916355						X			EDI A
3	Jose Ramon E	26891911	M	32	Barrio Centro	Calle 12, 13, 14	3150614027						X			Jesus Ramon
4	Rellis Fonseca	22808160	F	38	Barrio Centro	Calle 12, 13, 14	3209411692						X			Rellis Fonseca
5	Matilde Epiayu	24053296	F	47	Barrio Centro	Calle 12, 13, 14	3012300505						X			
6	Rosalia Uriana	56081884	F	55	Barrio centro	Calle 12, 13, 14	3047216176	Anas W					X			
7	Ana Ramirez	9356663	F	26	Barrio centro	Calle 12, 13, 14	3217168320						X			Ana Ramirez
8	William Cotes	94445401	M	43	Barrio Centro	Calle 12, 13, 14	NO tiene						X			William Cotes
9	Rebeca Uriana	24403558	F	32	Barrio centro	Calle 12, 13, 14	3152102350						X			Rebeca Uriana
10	Patricia Gonzalez	23894149	F	33	Barrio centro	Calle 12, 13, 14	3200713215						X			Patricia Gonzalez

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Sexualidad, Derechos Sexuales Y Reproductivos		
ACTIVIDAD: #12 Jornada de tamizaje de Prueba rapida de VIH y Hepatitis B	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** T: domora 1 M: Barrio centro	
FECHA: 22-08-2024.	**HORA DE INICIO:** 8:00 AM	**HORA DE FINALIZACION:** 9:40 AM

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Yaimer ochoa	40216691	M	34	Barrio Centro	Calle 12, 13, 14	3206908411								X	Yaimer ochoa
2	Sayath Jimenez	24008489	M	22	Barrio Centro	Calle 12, 13, 14	3016544167						X			Sayath Jimenez
3	Keyla Gonzalez	25659913	F	35	Barrio Centro	Calle 12, 13, 14	3128212520						X			Keyla Gonzalez
4	Jose Uriana	22456049	M	28	Barrio Centro	Calle 12, 13, 14	3221562221						X			Jose Uriana
5	Julieta Epinayu	32467234	F	36	Barrio Centro	Calle 12, 13, 14	3006281415						X			Julieta Ep.
6	Miguel Uriana	22783230	M	34	Barrio centro	Calle 12, 13, 14	3215408086						X			
7	Nestor Epinayu	23059784	M	25	Barrio Centro	Calle 12, 13, 14	3121452891						X			Nestor E
8	Stefani correa	26536746	F	25	Barrio Centro	Calle 12, 13, 14	3106745026								X	Stefani Correa
9	Samuel Rodriguez	25346040	M	30	Barrio centro	Calle 12, 13, 14	3015006994								X	Samuel R
10	Kathein Estrada	22040553	F	30	Barrio centro	Calle 12, 13, 14	3146249086								X	

55L

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos		
ACTIVIDAD: 12 jornada de tamizaje de Pruebas rapidas de VIH y Hepatitis B	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** T: Maicao 1 M: Barrio centro	
FECHA: 22-08-2024.	**HORA DE INICIO:** 8:00 AM	**HORA DE FINALIZACION:** 1:40 AM

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Marcos Ardilla.	82932729	M	29	Barrio centro	Calle 12, 13, 14	3107402071								✓	Marcos Ardilla.
2	Yoselis Pana	14036960	F	23	Barrio Centro	Calle 12, 13, 14	3006294093						✓			Yoselis I.
3	Ramiro Antonio A.	87240074	M	61	Barrio centro	Calle 12, 13, 14	3157022045								✓	Ramiro A.
4	Jacqueline Reyes	22085319	F	36	Barrio centro	Calle 12, 13, 14	3167022095								✓	Jacqueline Re.
5	Edinyer Gil	84068293	M	51	Barrio centro	Calle 12, 13, 14	No tiene								✓	edinyer Gil
6	Jaudis Bergamea	17901681	M	46	Barrio centro	Calle 12, 13, 14	3176902092								✓	Jaudis Bergamea
7																
8																
9																
10																

SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

ACTIVIDAD N° 18:

REALIZAR UN (1) FORO EDUCATIVO PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL MARCO DE LA CONMEMORACIÓN DE LA ELIMINACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DIRIGIDA A INSTITUCION EDUCATIVA SUPERIOR DEL MUNICIPIO (90 ESTUDIANTES).

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

Maicao, La Guajira 11 de Septiembre de 2024

Señores
Institución Educativa 20 de Julio
Responsable

Asunto: Actividades de socialización acerca del programa de Intervenciones Colectivas pic 2024 en la dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.
Cordial Saludo.

De manera respetuosa me dirijo ante usted en aras de darle a conocer el motivo de nuestra visita como n de Intervenciones Colectivas (PIC), 2024 del municipio de Maicao, ya que, pretende de esta manera sensibilizar a través de la socialización e implementación de las actividades inmersas en la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, dirigido a los líderes del presente barrio, madres comunitarias, actores sociales y demás. dado que es importante que esta población conozca de que tratan las enfermedades, minimizando así los riesgos de contraerlas, teniendo en cuenta que el municipio de Maicao está determinado como población vulnerable. Es por ello que la secretaria de Salud municipal en articulación con otras entidades desarrolla actividades de intervención de la salud para prevenir las enfermedades y afectaciones, en cada uno de los sectores públicos y privados, instituciones educativas públicas y privadas, barrios, comunidades indígenas entre otros.

De esta forma agradecemos su atención y pronta respuesta y así mismo, nos permitan un espacio para realizar dicha actividad.

Atentamente,

Ninfas Villero.

NINFA VILLERO
Coordinadora

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

FORMATO DE ACTAS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC WAYUU TALATSHI I.P.S.I 2024

ACTA N°: 01	FECHA: 11-09-2024	
DEPARTAMENTO: LA GUAJIRA	MUNICIPIO: MAICAO	
T: Comuna LUGAR: M: Colegio 20 de Julio	HORA INICIO: 9.00AM	HORA TERMINACION: 10:40AM
AREA / DEPENDENCIA: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos		
OBJETIVO: Educar sobre la Violencia basada en Genero		
RESPONSABLE: NERYS LOPEZ		

NOMBRES	CARGO	INSTITUCION A LA QUE PERTENECE
1. NERYS LOPEZ	Coordinadora	PIC
2. Anny Ustate	Agente	PIC
3. Corina Fuentes	Promotora	PIC
4. Gladys Pushaina	Agente	PIC
5.		
6.		
7.		

OBJETIVO:	1. Foro educativo Para la Prevencion de la Violencia de Genero en el marco de la Conmemoracion de la eliminacion de la Violencia Contra la mujer.

IDENTIFICACION DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR

1.ASISTENCIA TECNICA( )	2. ACOMPAÑAMIENTO/ASESORIA( )	3. VISITAS DE INSPECCION( )
4. CAPACITACION( )	5. REUNION(X)	6. VISITAS DE SEGUIMIENTO( )
7. OTROS( )		

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

ORDEN DEL DIA / AGENDA
Saludo de Bienvenida
Oracion a Dios.
Presentacion
Desarrollo de la actividad
Agradecimientos
Despedida

GENERALIDADES DE LA REUNION / DESARROLLO AGENDA / CONCLUSIONES Y DECISIONES
La Secretaria de Salud, en articulacion con la IPSI wayuu talatshi, en compañia del equipo del plan de intervenciones colectivas PIC 2024 se dirige. el Dia Lunes 20 de julio ubicado en la Comuna del barrio 20 de julio, con el objetivo de realizar actividades educativas del area de Lf. Salud, especificamente sobre Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, en los temas de violencias de Genero en el marco de la conmemoracion de la eliminacion de la violencia contra la mujer, llegando a la Institucion educativa nos recibe el Portero quien al vernos sonrie y pregunta de parte de donde venimos nos presentamos y procedemos a ubicar la Oficina de Coordinacion para Saludar a la Docente que nos acompañara en la Jornada educativa, estando todo el personal estudiantil les damos un Saludo de bienvenida el cual fue aceptado de manera

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

La Positiva seguidamente nos dispusimos a realizar la Oracion a Dios la cual estuvo a cargo de la Señora Gladys Romero quien es parte del equipo PIC 2024, asi mismo nos Presentamos Uno a uno como agentes del Plan de Intervenciones colectivas, con sus labores y cargos igualmente en forma de dinamica se Presentaron los estudiantes, al iniciar la actividad tambien socializamos cual es nuestro objetivo al venir a la institucion a llevarle esta charla con la cual es de vital importancia para su vida, inicialmente mencionamos el concepto de Genero un tema de mucho impacto Por que enmarca la desigualdad y Situaciones de discriminacion y diversas formas de violencia por ser mujeres, estas pueden ocurrir tanto en relaciones de pareja, como en relaciones familiares y en otros tipos de entornos, estas estan constituidas por muchas acciones que generan daño o sufrimiento, incluye entre las diferencias de Poder entre hombres y mujeres y sus diferentes roles, creencias y demas estereotipos que desvalorizan lo femenino, en ese mismo orden mencionamos que todo esto se Profundiza o toma mayor fuerza dependiendo a los condiciones de clase, etnia, Orientacion sexual, Nacionalidad y por la edad. Se enfatizo en que todo acto de violencia con

MUNICIPIO
DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.S.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

tra la mujer @laubiana son un delito y así lo reconoce la ley, se informo además de que existen formas sutiles e invisibles que pueden ser una alerta de que algo no esta bien, cuando se controla cuando alguien nos invisibiliza, cuando cuando se habla de forma machista y toman tizan lo dicho cuando desprecian, ignoran, y nos chantajean de forma emocional, cuando nos culpa bilizan, Humillan o desprecian, la agresión Física, el abuso sexual, gritar, insultar, amenazar, son Formas que van creando el miedo a hablar y poner en evidencia lo que se vive, se insis tio en que hablar del tema es Fundamen tal para poder evitar el abuso, que ade mas al buscar ayuda la confidencialidad es. lo mas importante, se explico que na die puede juzgar. o culparla por una agre sión o violacion los unicos responsable son los agresores, menandamos que no estan solas y que son escuchadas, les recor damos que estas situaciones no solo los perjudica a ellas, si no que ademas afec ta a la Familia y el entorno, por eso es Fundamental hablar y buscar ayuda, al Fina lizar la educacion se realizaron preguntas como que signos puedes ver, cuando te opinan. no es tomada en cuenta, seguidamen te terminamos la actividad agradeciendo a todos por su atencion prestada.

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

No.	COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA
1.	Divulgar la informacion	Asistente	Siempre.
2.	Poner en practica lo aprendido	Asistente	Siempre.
3.			

CONCLUSIONES
Concluimos que la violencia basada en Genero es un tema que debe Promoverse mucho más con el objetivo de crear conciencia en todos y cada uno de los entornos

NOMBRE Y APELLIDOS	TELEFONO	INSTITUCION O CARGO	FIRMA
1.			
2. NERYS LOPEZ	3004331331	PIC.	
3. Anny Ustate.	3145038155	PIC.	
4. Corina Magallanes	3006622520	PIC.	
5. Gladys Romero	3208361387	PIC	
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

FIRMA DE QUIEN ELABORA EL ACTA: Corina Magallanes

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Sexualidad, Derecho Sexuales y reproductivos		
ACTIVIDAD: Foro educativo sobre Prevencion de violencia de genero contra la mujer.	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** T: Comuna	TA: Barrio: Norte de Julio.
FECHA: 11-09-2024	**HORA DE INICIO:** 9:00AM	**HORA DE FINALIZACION:** 10:40 AM

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Isaac Martinez	1004917958	M	15	20 de Julio	Sede #9 20 de Julio	3007009943	Anas W							X	Isaac Martinez
2	Nereth Herazo	1131.771.277	M	15	20 de Julio	Sede #9 20 de Julio	3005318565	Anas W					X			Nereth Herazo
3	Juan Camilo Pinto	1121536820	M	16	20 de Julio	Sede #9 20 de Julio	3044187643	NEPS							X	Juan Camilo Pinto
4	Maralin Tapia	1134169712	F	16	20 de Julio	Sede #9 20 de Julio	3116680256	Caja Copi							X	Maralin Tapia
5	Maria Rodriguez	1121538909	F	16	20 de Julio	Sede #9 20 de Julio	3005316462	Anas W							X	MARIA RODRIGUEZ
6	Andrea Romero	1121538783	F	15	20 de Julio	Sede #9 20 de Julio	3245111998	Anas W							X	Andrea Romero
7	Eduardo Bossio	1121533847	M	16	20 de Julio	Sede #9 20 de Julio	3008094765	DK							X	Eduardo Bossio
8	Melitza Bueno	1124032607	F	15	20 de Julio	Sede #9 20 de Julio	3229023570	DK							X	Melitza Bueno
9	Yoemi carvajal	1041876410	F	16	20 de Julio	Sede #9 20 de Julio	3102403	Mutual ser							X	Yoemi Carvajal
10	esteban Mogno	1134170855	M	16	20 de Julio	Sede #9 20 de Julio	no tiene	sanitas							X	Esteban Mogno

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: sexualidad, derecho sexuales y reproductivos		
ACTIVIDAD: Foro educativo sobre Prevencion de violencia de genero. Contra la Mujer.	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** T: Comuna 1 M: Barrio 20 de Julio.	
FECHA: 11-09-2024	**HORA DE INICIO:** 9:00 AM	**HORA DE FINALIZACION:** 10:40 AM

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Samuel Mónera	1124026071	M	15	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3013438741	Anas W							X	Samuel Monera
2	Isaac Agresot	1175713048	M	15	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3006874889	NEPS							X	ISAAC AGRESOT
3	Camila Villarreal	1037414384	F	15	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3106627920	Cajacopi							X	Camila villarreal
4	Yireidis Moreno	1341169940	F	16	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3245406484	NEPS							X	Yireidis Moreno
5	Amauris Diaz	1341169836	M	16	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3046720567	Anas W							X	Amauris Diaz
6	Moises Bermudez	1121537746	M	16	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3113665870	Cajacopi							X	Moises Bermudez
7	Helleen Illidge	1124046787	F	15	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3176606657	DK					X			Helleen Illidge
8	Maria Caroline	1124028218	F	16	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3044025991	NEPS							X	MARIA CAROLINA
9	Juan Jose Acosta	1121535671	M	17	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3042012360	NEPS							X	Luis Jose Acosta
10	Zuseph Suarez	1124086406	F	13	20 de Julio	sede #9 20 de Julio.	No tiene	Anas W							X	Zuseph Suarez

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Sexualidad, derecho sexuales y reproductivos		
ACTIVIDAD: Foro educativo Salud Prevencion de violencias de genero contra la mujer.	TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: T: Comuna 1 MI: Barrio 20 Julio.	
FECHA: 11-09-2024	HORA DE INICIO: 9:00AM	HORA DE FINALIZACION: 10:40AM

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Adrianes Pedardo	1124027487	F	16	20 de Julio	Sede #9 20 de Julio	3045294823	Caja copi								ADRIANA PEDARDO
2	Yuranis Moriesa	1131164170	F	16	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3007551085	caja copi							X	Yuranis Noriega
3	Kenia Acuna	1121533087	F	18	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3006437730	Anas W							X	Kenia Acuna
4	Chelsea Ramos	1131536354	F	16	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3016027403	DK							X	Chelsa Ramos
5	Valeri Tinoco	1124032613	F	14	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3157006542	DK							X	Valeri Tinoco
6	Anis ochoa	1135250636	F	14	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3217285426	Anas W							X	ANIS OCHOA
7	Honadis Gonzalez	1175713500	F	14	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3215504632	anas W					X			Honadis Gonzalez
8	Franeys Ipuana	1134169268	F	17	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3147237264	DK					X			Franeys Ipuana
9	Maria Peña	1014556682	F	17	20 de Julio	Sede #9 20 de Julio	3225184684	caja copi							X	MARIA PEÑA
10	Stefani Avendaño	1121535248	F	17	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3022327419	NEPS							X	Stefany avendaño

565

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Sexualidad, derechos Sexuales y reproductivos		
ACTIVIDAD: Foro educativo sobre la prevencion de violencias de genero contra la mujer.	TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: T: Comuna 1 M: Barrio 20 de Julio.	
FECHA: 11-09-2024	HORA DE INICIO: 9:00 AM	HORA DE FINALIZACION: 10:40AM

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Jharlenis Diaz	1121540423	F	15	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3014707751	Cajacopi							X	Jharlenis Diaz
2	Norelis valdeblanquez	1113836813	F	15	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3154223723	Sanitas							X	Norelis Valdeblanquez
3	Junior Robles	1175.713082	M	15	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	No tiene	Cajacopi							X	Junior Robles
4	Sebastian Pimienta	1124873006	M	15	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	No tiene	Cajacopi							X	Sebastián
5	Angie castillo	PPT 1169100	F	17	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3006445851	Anas W							X	ANGIE CASTILLO
6	Mirangel Barbosa	1121539343	F	14	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3015138391	Anas W							X	MARIANGEL BARBOSA
7	Yaubis Florez	1121539151	F	14	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3242309791	Sanitas							X	Yaubis Flores
8	Carlos Alcosta	1124023394	M	16	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3233177558	Anas W							X	Carlos Alcosta
9	Florian Martinez	PPT 1082060	F	14	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3125254130	No tiene							X	Florian Alcosta
10	Daneth Lopez	1131741161	F	15	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3002863103	No sabe							9	Daneth Lopez

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Sexualidad, derecho sexuales y reproductivos		
ACTIVIDAD: Foro educativo sobre la Prevencion de violencias contra la mujer.	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** T: Comona 1 M: Barrio 20 Julio.	
FECHA: 11-09-2024	**HORA DE INICIO:** 9:00 AM	**HORA DE FINALIZACION:** 10:40 AM

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Maritza Guerrero	1129713057	F	15	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3004128621	Anas wayuu							✓	
2	Allin. Carrillo	1121540767	F	14	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3014219680	Nueps							✓	
3	Gabriel Gonzalez	1121540381	M	15	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	No tiene	Anas wayuu							✓	Gabriel Gonzalez
4	Luis Lora	1121540170	M	14.	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3043786283	Anas wayuu							✓	Luis Lora
5	Isa Ribera	1121541842	F	14.	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3042051356	No tiene							✓	ISSA RIVERA.
6	Juliana Mendoza	1121540761	F	13	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3135678325	Sanitas							✓	Juliana Mendoza.
7	Naiperlis Epiayu	1124075544	F	11	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3245502293	DK					✓			Naiperlis Epiayu
8	Angélica Uribe	1124023165	F	16.	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3009939035	Anas wayuu							✓	
9	Giovany Gonzalez	1120539520	M	15	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	No tiene	Nueps					✓			
10	Robert Ortiz	1124025511	M	15	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	No tiene	Anas wayuu					✓			Robert ortiz

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Sexualidad, derecho sexuales y reproductivos		
ACTIVIDAD: Foro educativo sobre la Prevencion de violencia de genero contra la Mujer	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** T: Comuna 1 : M: Barrio 20 Julio.	
FECHA: 11-07-2024	**HORA DE INICIO:** 9:00 AM	**HORA DE FINALIZACION:** 10:40 AM

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Sayner Chima	1121537836	M	14	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	no tiene	Anas wayuu							✓	Sayner Chima
2	Yeiner Blanchar	1121538899	M	15	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3242583130	Pasco wayuu								Yeiner Blanchar
3	Elkin Florez	1067605338	M	16	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3226719168	NEPS								Elkin Florez
4	Ricardo Florian	1124028772	M	15	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3226910059	Emsanar COPI								Ricardo florian
5	Antonio Amaya	No sabe	M	16	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3013699880	Anas wayuu							✓	Antonio amaya
6	Yainer Morales	No sabe	M	15	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3005451235	Emsanar COPI							✓	YAINER MORALES
7	Jaime Dias	1082938158	M	15	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3245627884	Pasco wayuu							✓	Jaime Dias
8	Josed Cera	1124026996	M	15	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3106555918	NEPS								Josed cera
9	Maria Ortizo	1023892135	F	16	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3043254185	Emsanar COPI							✓	Maria Ortizo
10	Maria Alejandra Lopez	1121543111	F	13	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3046343301	Emsanar COPI					✓			Maria López

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Sexualidad, derecho Sexuales y reproductivos			
ACTIVIDAD: Foro educativo sobre la Prevencion de VBG lenguaje base genero contra la Mujer.		**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** T: Comuna 1 : M: Barrio 20 de Julio	
FECHA: 11-09-2024	**HORA DE INICIO:** 9:00 AM		**HORA DE FINALIZACION:** 10:40AM

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Maria C. Diaz Oñate	1.734.770.208	F	16	20 de Julio	sede #9 20 de julio	3016663669	Caja Copi							X	Maria Diaz.
2	Elimar Silva	33657956	F	16	20 de Julio	sede #9 20 de julio	3003732667	Wayuu Talatshi							X	Elimar Silva.
3	JASDGEAH HANJARBEZ	1124511384	M	17	20 de Julio	sede #9 20 de julio	3135086170	Comparta					X			JASO' MP
4	Valentina Guillen	1.118830.600	F	16	20 de Julio	sede #9 20 de julio	3044806507	Sanitas							X	Valentina
5	ROBERT BLANCO	1.118.849.215	M	15	20 de Julio	sede #9 20 de julio	3244208826	Anas W							Y	[illegible]
6	Hazly Oñate	1.128.971.832	M	15	20 de Julio	sede #9 20 de julio	3022081088	Caja COPI						X		Hazly Oñate
7	Ivan Andres	1124008489	M	19	20 de Julio	sede #9 20 de julio	3233011	Caja COPI							X	Ivan Andres
8	Jaikellys Colina	1.124.095.727	F	16	20 de Julio	sede #9 20 de julio	3003551733	Anas W							X	Jaikellys Colina
9	Shelyscampos	1121536426	F	16	20 de Julio	sede #9 20 de julio	3023119452	Anas W							X	Shelys. Apdo.
10	Yuberlis Peralta	1121536428	F	16	20 de Julio	sede #9 20 de julio	3023121564	DK							X	Yuberlis.

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Sexualidad, derecho sexuales y reproductivos		
ACTIVIDAD: Foro educativo sobre. las Prevencion de violencia de genero contra la Mujer.	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** Comuna 1 Las Barrw 20 Julio.	
FECHA: 11-09-2024	**HORA DE INICIO:** 9:00 AM	**HORA DE FINALIZACION:** 10:40 AM

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Georgina Lopez	1121542777	F	12	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3126507693	[illegible]						✓		Giorgina López
2	Saimma Guaran	1121543511	F	12	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3001132277	[illegible]					✓			Saimma Iguarán
3	Jarith Miranda	NO Sabe	F	13	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3015076185	[illegible]						✓		Jarith miranda
4	Shantal. Giron	1124044106	F	12	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3052837806	[illegible]							✓	Shantal Girón
5	Ana Rebeca Epayu	1124066543	F	14	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3006622530	[illegible]					✓			Ana Rebeca Epayu S.
6	Rosa elena Uriana	1118853714	F	15	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3048236448	[illegible]					✓			Rosa Uriana
7	Andrea. Ramos	1121539102	F	14	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	No tiene	[illegible]							✓	Andrea Ramos
8	IBram Paredez	1125401987	M	14	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3024279408	[illegible]							✓	IBram Smith
9	Genesis Berthel.	1126253604	F	13	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3205907712	[illegible]							✓	[illegible]
10	Leila Lopez	1121452659	F	12	20 de Julio	sede #9 20 de Julio	3023465133	[illegible]							✓	Leyla lopez

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Sexualidad, derecho Sexuales y Reproductivos		
ACTIVIDAD: Foro educativo sobre la prevencion de violencia de genero contra las Mujeres	TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: T: Comuna 1 MT: Barrio 20 de Julio.	
FECHA: 11-09-2024.	HORA DE INICIO: 9:00 AM	HORA DE FINALIZACION: 10'40 AM

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Yilmer Solano	1121537108	M	15	20 de Julio	Sede #9 20 de Julio	3134796809	Mas Cumplo					✓			Dilma Solano R.
2	Mileydis Palmar	1237444232	F	17	20 de Julio	Sede #9 20 de Julio	3006047357	Mas Cumplo					✓			Mileydis Palmar
3	Zaith Villa	1121537349	M	15	20 de Julio	Sede #9 20 de Julio	3242864245	Mas Cumplo							✓	
4	Luis David Caro	1134171125	M	15	20 de Julio	Sede #9 20 de Julio	3244924077	Mas Cumplo							✓	Luis Caro
5	Maryelis Fernandez	1124026843	F	15	20 de Julio	Sede #9 20 de Julio	3113985653	Dosis					✓			Maryelis Fernandez
6	Neiser De angel	1134169938	M	16	20 de Julio	Sede #9 20 de Julio	3007919369	Mas Cumplo								Neiser Deangel
7	Dailys Palmera	1134490867	F	15	20 de Julio	Sede #9 20 de Julio	3107359717	Mas Cumplo							✓	Dailys Palmera.
8	Deinmar Perez	1237444929	F	16	20 de Julio	Sede #9 20 de Julio	3241141271	Cumplo								Deinmar Perez
9	Elias saimiento	1121533255	M	17	20 de Julio	Sede #9 20 de Julio	3045800168	Mas Cumplo								Elias Saimiento
10	HAsmed Terraza	1121535553	M	17	20 de Julio	Sede #9 20 de Julio	3236431417	Mas Cumplo							✓	HAsmed Terraza

SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

ACTIVIDAD N° 19:

REALIZAR DOS (2) CAMPAÑAS DE PRUEBAS VOLUNTARIAS DE VIH EN ARTICULACION CON LA RED PRESTADORA EN EL MARCO DE LA CONMEMORACION DEL DIA INTERNACIONAL DE PREVENCION DEL VIH SIDA, A CELEBRARSE EL 1 DE DICIEMBRE AÑO 2024 EN (2) DOS INSTITUCIONES IPSI PIC A 300 PERSONAS.

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

FORMATO DE ACTAS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC WAYUU TALATSHI I.P.S.I 2024

ACTA N°: 01	FECHA: 22-09-2024.	
DEPARTAMENTO: LA GUAJIRA	MUNICIPIO: MAICAO	
LUGAR: T. Comuna 5 M. Barrio Divino Niño.	HORA INICIO: 7:30 AM	HORA TERMINACION: 9:40 AM
AREA / DEPENDENCIA: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos		
OBJETIVO: Educar Sobre VIH SIDA.		
RESPONSABLE:		

NOMBRES	CARGO	INSTITUCION A LA QUE PERTENECE
1.		
2. Anny Ustate.	Agente	PIC
3. Corina Mugallanes	Promotora	PIC
4. Gladys Romero	Agente	PIC
5.		
6.		
7.		

OBJETIVO:	1. Realizar campaña de Pruebas voluntarias de VIH en articulacion con la red Prestadora. en el marco de la conmemoracion del dia internacional de la Prevencion del VIH SIDA.

IDENTIFICACION DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR

1. ASISTENCIA TECNICA( )	2. ACOMPAÑAMIENTO/ASESORIA( )	3. VISITAS DE INSPECCION( )
4. CAPACITACION( )	5. REUNION(X)	6. VISITAS DE SEGUIMIENTO( )
7. OTROS( )		

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.S.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

ORDEN DEL DIA / AGENDA
Saludo de Bienvenida
Presentacion del equipo
Desarrollo de la actividad
Agradecimientos
Despedida

GENERALIDADES DE LA REUNION / DESARROLLO AGENDA / CONCLUSIONES Y DECISIONES
La Secretaria de Salud municipal en articulacion con la IPS Wayuu Talat Shi, el Plan de Intervenciones Colectivas PIC 2024, en el marco de la conmemoración del dia Internacional de Prevencion del VIH SIDA, realiza actividad educativas de Pruebas Voluntarias de VIH con la red prestadora, en la actividad se le explica a cada persona que se conmemora el dia para la prevencion del VIH. SIDA con el objetivo de fortalecer conocimientos y conocer cuales son las formas de prevenir la enfermedad, explicamos que esta enfermedad no tiene cura y que es fundamental el uso del preservativo para prevenir contagios, se informo ademas que la jornada de pruebas de VIH se realiza totalmente gratis para cada persona que es voluntaria, pero que tiene un valor unico

MUNICIPIO
DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

para la persona ya que es rapida y su resultado es de inmediato, se explica que se toman todos los datos de la persona para soporte y tambien para direccionar a las competencias en caso de que la prueba salga positiva, las actividad tiene muchos beneficios para la comunidad ya que el tema de prevencion de enfermedad toma fuerza cuando no se tiene un conocimiento del tema, la actividad fue muy dinamica. recibieron la educacion de buen animo todos los asistentes y tambien se indico que no solo en estos espacios comunitarios pueden acceder a estos servicios, si no que en su IPSI primaria pueden solicitar las pruebas rapidas terminamos la actividad agradeciendo a cada persona que se vinculo a la actividad.

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.S.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

No.	COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA
1.	Poner en Practica lo aprendido	Asistente	Siempre.
2.	Promover. lo aprendido.	Asistente	Siempre
3.			

CONCLUSIONES
Se concluye que la jornada de prueba de VIH y y Prueba de SIFILIS Rapido se realizo con toda Satisfaccion.

NOMBRE Y APELLIDOS	TELEFONO	INSTITUCION O CARGO	FIRMA
1. Deris Lopez	3007141156	PIC.	
2. Anais Castro	3007145768	PIC	
3. Carina Maquilares	3006223770	PIC	
4. Gladys Romero		PIC	
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

FIRMA DE QUIEN ELABORA EL ACTA: Carina Maquilares.

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Sexualidad, Derechos Sexuales Y Reproductivos		
ACTIVIDAD: ~~1~~ Acompaño de Pruebas de VIH del dia Interno nacional de la Prevencion del VIH SIDA	TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: T: Comuna 5 M: Barrio ovidio Mejia.	
FECHA: 22-08-2024.	HORA DE INICIO: 7:30 AM.	HORA DE FINALIZACION: 9:40 AM.

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Alicia Ipuana	1131064858	F	21.	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	no tiene	Anas Wayuu					X			Alicia Ipuana
2	Maria Lopez	10063467	F	25	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3114283241	Coosalud					X			Maria Lopez
3	Luis Moreno.	84062458	M	41.	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3004566499	NUEVA EPS							X	
4	Alfredo freiler	24832455	M	21	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3024077258	Dusakawi							X	Alfredo freiler
5	Angy Diaz	10105269	F	25	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3047921502	Dusakawi							X	angy Diaz
6	Hernando Reales	1010138813	M	23	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3012536096	Nueva EPS							X	hernando reales
7	Angelica Urecue	24011927	F	39.	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3104223258	Anas Wayuu							X	
8	Yeraldin Restrepo	24075816	F	25	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3204723305	Anas Wayuu							X	Yeraldin Restrepo
9	Hilary Margina	27093061	F	27	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3209423245	Anas Wayuu							X	Hilary Margina
10	Franyerlis Araujo	29951007	F	23.	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3047447223	Anas Wayuu							X	

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos		
ACTIVIDAD: # 19 campaña de pruebas voluntarias de VIH del día Internacional de la prevencion del VIH SIDA.	TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: Tiomana 3 M: Barrio Ovidio Mejia	
FECHA: 22-08-2024	HORA DE INICIO: 7:30 AM.	HORA DE FINALIZACION: 9:40 AM

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Yarlis Arevalo	1124900668	F	19	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3042234732	Dusakt							X	Yarlis Arevalo
2	Carmen Sanchez	27637549	F	24	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3207554232	Cruzsalud							X	Carmen S.
3	Iris Morales	25699177	F	30	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3157243228	Dusakt							X	Iris Morales
4	Maria Main	32578175	F	22	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3207483245	Dusakt							X	Maria Main
5	Jose Epinayu	25427224	M	26	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3145824326	Anas					X			Jose Epinayu
6	Alfredo Uriana	22472875	M	21	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3144273242	Nueva EPS					X			Alfredo Uriana
7	Mainna epinayu	24745082	F	26	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3043782542	Dusakt					X			Mariana E.
8	Francisca Epinayu	26471138	F	27	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3047[illegible]3242	Nueva EPS					X			Francisca E.
9	Walter Herrera	25583472	M	23	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3204777242	Dusakt							X	Walter Herrera
10	Alberto Fernandez	32452742	M	24	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3243224224	Dusakt							X	Alberto Fernandez

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos		
ACTIVIDAD: # 19 campaña de Procesos Voluntarios de VIH, del dia Intl Nacional de la Prevencion de VIH SIDA	TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: T: comuna 3 M: Barrio Ovidio Mejia	
FECHA: 22-08-2024	HORA DE INICIO: 7:30 AM	HORA DE FINALIZACION: 9:40 AM.

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Alicia Iguana	1131069858	F	21	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	No tiene	AMBUQ					X			Alicia.
2	Maria Lopez	10063467	F	25	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3114283241	CAPRESPI					X			Maria Lopez
3	Luis Moreno	84062438	M	41	ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3004566949	NUEVA EPS							X	Luis Moreno
4	Alfredo freiler	24832455	M	21	ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3124077258	PAGO POR SU							X	Alfredo
5	Angy Diaz	10105269	F	25	ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3047721502	DASALUD							X	Angi Diaz
6	Hernando Reales	1010138813	M	28	ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3012536094	DASALUD							X	Hernando Reales
7	Angelica Urecue	24011927	F	39	ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3104223258	ANASWAYUU							X	Angelica
8	Yeraldin Restrepo	24075816	F	25	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3204727305	NUEVA EPS							X	Yeraldin Restrepo
9	Hilary Mariguanci	27093061	F	27	ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3207423245	CAPRESPI							X	Hilary M.
10	Franyerlis Araujo	29951007	F	23	ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3047447223	PAGO POR SU							X	Franyerlis A

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos		
ACTIVIDAD: # 19 Campaña de Pruebas Voluntarias de VIH del día Internacional de la Prevencion de VIH SIDA.	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** T: Comuna. 5 M: Barrio villa Daisy.	
FECHA: 22-08-2024	**HORA DE INICIO:** 7:30 AM.	**HORA DE FINALIZACION:** 9:40 AM

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Marbella Barboza	23259706	F	36	Villa Daisy	Villa Daisy	3128290860	Nueva EPS							X	Marbella
2	Ernesto Fuemayor	84073142	M	50	Villa Daisy	Villa Daisy	No tiene	Casa con PI					X			
3	Richard Delgado	90408871	M	35	Villa Daisy	Villa Daisy	No tiene	Nueva EPS							X	Richard.
4	Juan Acuña	72144606	M	56	Villa Daisy	Villa Daisy	No tiene	Salud total							X	Juan A
5	Francisco Alenco	84077048	M	44	Villa Daisy	Villa Daisy	No tiene	Anas Wayuu							X	Francisco Alenco
6	Ingris Calle	27028672	F	44	Villa Daisy	Villa Daisy	No tiene	DK							X	Ingrid Calle
7	Ivan Bovea	8770842	M	54	Villa Daisy	Villa Daisy	No tiene	Famisanar							X	
8	Yulainy Guerrero	70956322	F	32	Villa Daisy	Villa Daisy	NO tiene	DK							X	Yulainis
9	Jorge Rueda	39104792	M	39	Villa Daisy	Villa Daisy	3206794092	Capresoca							X	Jorge Rueda
10	Carlos Bello	23990306	M	31	Villa Daisy	Villa Daisy	NO tiene	DK								Carlos Bello

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos		
ACTIVIDAD: # 1 Campaña de Pruebas de VIH del día Internacional de la Prevención del VIH SIDA.	TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: T: Comuna 5 M: Barrio Ovidio Mejia	
FECHA: 22-08-2024	HORA DE INICIO: 7:30 A.M.	HORA DE FINALIZACION: 9:40 A.M.

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Yarlis Arevalo	1124000668	F	19	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3042234732								X	Yarlis Arevalo
2	Carmen Sanchez	27637549	F	24	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3207554232								X	carmen sanchez
3	Iris Morales	25699177	F	30	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3157243228								X	Iris
4	Maria Marin	32578175	F	22	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3207483245								X	Maria Marin
5	Jose Epinayu	25427224	M	26	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3145824326						X			Jose Epinayu
6	Alfredo Uriana	22472875	M	21	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3144273242						X			Alfredo Uriana
7	Mariana Epiayu	24745032	F	26	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3043782548						X			mariana E.
8	Francisca Epinayu	28471138	F	27	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3047287432						X			Francisca Epinayu
9	Walter Herera	22583472	M	23	Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3209327242								X	walter
10	Alberto Fernandez	32452742	M		Ovidio Mejia	Ovidio Mejia	3243224224								X	alberto fernandez

574

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos		
ACTIVIDAD: # 19 campaña de Pruebas Voluntarias de VIH del dia Internacional de la Prevencion de VIH SIDA.	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** T: @mana 5 M: Barrio villa Daisy.	
FECHA: 22-08-2024	**HORA DE INICIO:** 7:30 AM	**HORA DE FINALIZACION:** 9:40 AM

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Yoimer Ochoa	40216681	M	34	Villa Daisy	Villa Daisy	3006273042	Dusakn							X	Yoimer O.
2	Sayeth Jimenez	24008489	M.	22	Villa Daisy	Villa Daisy	3016544167	[illegible]					X			Sayeth J.
3	Keyla Gonzalez	25659913	F	36	Villa Daisy	Villa Daisy	3128212520	[illegible]					X			Keyla G.
4	Jose Uriana	22456049	M	28	Villa Daisy	Villa Daisy	3221562221	Cajacap					X			Jose Uriana
5	Julieta Epinayu	32467234	F	36	Villa Daisy	Villa Daisy	No tiene	Dusak					X			Julieta E.
6	Miguel Uriana	22783230	M	34	Villa Daisy	Villa Daisy	3006211343	Dusak					X			Miguel Uriana
7	Nestor Epinayu	23059784	M	25	Villa Daisy	Villa Daisy	3124452891	Dusak					X			Nestor E
8	Stefani Correa	26536746	F	25	Villa Daisy	Villa Daisy	3135204138	Cajacap							X	Stefani Correa
9	Samuel Rodriguez	25346040	M	30	Villa Daisy	Villa Daisy	No tiene	Dusak							X	Samuel Rodriguez
10	Katherin Estrada	22040553	F	30	Villa Daisy	Villa Daisy	3176782049	Dusak							X	Katerin Estrada

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

La salud es de todos

Para los datos personales registrados en estos formatos se guardará su confidencialidad en los servicios prestados en la LEY 1266/08 - 1273/09 Título V y demás normas aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: La Guajira
1.2. Municipio: Maicao
1.3. Tipo de lugar de la actividad: Asentamiento
1.4. Lugar de la actividad:
1.5. Localidad/comuna:
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio:
1.8. Barrio donde se realiza la actividad: Olivo mejia PAD FOR PIOS

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: La Guajira
2.2. Municipio:
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio: Paraiso

3. Datos de identificación de persona atendida

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SD ⊘ DNI ○ PEP
3.2. Número de identificación: 1.010.138.813

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Hernando	Luis	Reals	Nieto

3.4. Caracterización persona atendida

✓HSH ○ TRANS ○ PID ○ TS ○ HC ○ ESE ○ PPL ○ IIS ○ MIGRANTE
○ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO ○ SPA ○ GESTANTE ✓POB. GENERAL ○ TB País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ✓Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 2001/02/17
3.6.1. Edad en años cumplidos: 23

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ○ SI ✓NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ✓NO ○ NO SABE
3.8. Régimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de solidaridad en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora:
3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Dificultad respiratoria ✓NO presenta síntomas ○ Otros síntomas ○ Pérdida de peso ○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles):

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

✓Asistió a una jornada educativa ○ Servicio de salud IPS/ESE ○ Familiar positivo ○ Líder de la unidad civil ○ Resultado en prueba ○ Autoridad migratoria ☐ Información en medios sociales ○ Averigua

5. Cantidad de condones recibidos:

6. Institución de salud, ruta de atención.

Observaciones:

Tipo de financiamiento: ○ Autofinanciado ○ Recursos Locales PIC ✓Gestión Cooperación ○ Fondo Nacional de Estupefacientes ○ Recursos propios con cobro ○ Otro cual:

581

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

Para los casos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad según los términos previstos en la Ley 1266/08 - 1712/14 y demás normas aplicables.

Yo Hernando Reales identificado(a) con CNV
No 1010.139.713 de Venezuela 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 los riesgos y autorizo 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 mi(s) la PRE PRUEBA (consejo) realizada por un asesor(a) certificado(a) para preparame y orientar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas antes de realizarme la prueba rápida, en este espacio también se me informó que el(la) (los) (las) prueba(s) presentada(s) que (rápida) 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 confirmatoria para confirmar el diagnóstico y que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionan 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 Cruz Roja 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 brindar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de requerir el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 301 555 0096 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 he sido informado(a) que toda información generada del proceso de consejería, prueba diagnóstica 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 23 del mes de 08 del año 24

Angelica Navarro

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Hernando Reales
Tipo y número de Identificación: 1010139713

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Angelica Navarro
Tipo y número de Identificación: 1124009448

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida y entrega de resultados: 2024 08 23

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
∅ VIH	∅ Reactivo ○ No reactivo	∅ Inmunoensayo ○ Inmunocromatografía	HIV SYPHILIS DUO	0240805A	2026 10 16
∅ Sífilis	○ Reactivo ∅ No reactivo	∅ Inmunoensayo			
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Inmunoensayo			
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Inmunoensayo			

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha prueba confirmatoria y entrega de resultados:

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
∅ VIH	∅ Reactivo ○ No reactivo	∅ Inmunoensayo ○ Inmunocromatografía	HIV 1/2 3.0	PHV0141E.01	2027 05

9. Datos de quien replica la prueba

Nombre: Gladys Mendoza Firma: Gmen Cédula: 1126259083

592

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

Para los datos particulares registrados en este formulario se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1581/2012 y demás normas aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1 Departamento: LA GUAJIRA
1.2 Municipio: MAICAO
1.3 Localidad/comuna:
1.4 Barrio donde se realiza la actividad: GUIDO MEJIA
1.5. Tipo de lugar de la actividad: ASENTAMIENTO
1.6. Lugar de la actividad:
1.7. Nombre de la IPS/programa/organización que presta el servicio: AID FOR AIDS

2. Datos de residencia del usuario

2.1. Departamento: LA GUAJIRA
2.2 Municipio: MAICAO
2.3 Localidad/comuna:
2.4. Barrio: GUIDO MEJIA

3. Datos de identificación de persona atendida

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ◉ CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ CN ○ PEP
3.2. Número de identificación: 1.137.069.858

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Alicia	Patricia	Pavana	

3.4. Caracterización persona atendida

○ LGBI ○ TRANS ○ PG ○ TS ○ CHL ○ LESB ○ GAY ○ IPS ◉ MIGRANTE
○ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO ○ SPA ○ GESTANTE ◉ POB. GENERAL ○ TB País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ◉ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 2003 | OT | 13
3.6.1 Edad en años cumplidos:
3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ○ SI ◉ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ◉ NO ○ NO SABE
3.8 Regimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Excepción ○ Fuerzas de atención en salud para PPL
3.8.1. Nombre de la aseguradora:
3.9. Presenta alguna de estas síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ◉ No presenta síntomas ○ Cirrosis ○ Perdida de peso ○ Otros síntomas diferentes (escriba cuales)

4. ¿Qué (Quién) lo motivo a realizarse la prueba?
○ Asistió a una jornada educativa ○ Servicio de salud IPS/ESE ○ Activista positivo ○ Líder de la sociedad civil
◉ Motivación propia ○ Activista negativo ○ Información oficial/ Redes sociales ○ Amigo/a

5. Cantidad de condones recibidos:

6. Institución de salud, ruta de atención.

Observaciones

Tipo de financiamiento: ○ Recursos propios ○ Recursos Locales INS ◉ Cooperación ○ Fondo Nacional de Organizaciones ○ Recursos propios del usuario ○ Otro ¿Cuál?

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

Para los datos personales registrados en este formulario se garantiza la confidencialidad de los mismos, dispuesta en la Ley 1581 de 2012 y demás normas aplicables.

Yo ALICIA IPUANA identificado(a) con C.C
No. 1123066886 de Colombia, recibí de forma clara y suficiente la totalidad de la información sobre el Consentimiento informado que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), sus riesgos, y el manejo del resultado, 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 sido asesorado PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a)) para prepararme y actuar o reforzar mi conocimiento con relación a practicas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que estoy(soy) probable(s) presunto(a) que padezca(n) la posibilidad de estar afectado(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 precisaron de acuerdo con la ruta de atención al paciente. Recibí información SI (✓) NO ( )

También certifico que estoy de acuerdo con que mi persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba 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 institucional de salud -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 ( ) a 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 304 297 4236 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 tomada 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.

Fue suscrito en el día 22 del mes de 09 del año 2024

ALICIA IPUANA — ANGELICA NAVARRO

FIRMA DEL USUARIO EN EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: ALICIA IPUANA
Tipo y número de identificación: 1123066886

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: ANGELICA NAVARRO
Tipo y número de identificación: 1129069418

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida o Toma de Muestra: 2024-09-22

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento		
(✓) VIH	( ) Reactivo (✓) No reactivo	(✓) Anticuerpos ( ) Antígeno/anticuerpos	HIV/SYPHILIS	0624040	2026	10	16
(✓) Sífilis	( ) Reactivo (✓) No reactivo	(✓) Anticuerpos					
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígeno					
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos					

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida o Toma de muestra:

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígeno/anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre: ELIANIS ENRIQUEZ Firma: [illegible] Cargo: 1126259033

584

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Numero de formulario

La Salud es de todos — Minsalud

Para los datos personales registrados en este formulario se garantiza la confidencialidad bajo los términos previstos en la Ley 1581 de 2012 y demás normas aplicables

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: LA GUAJIRA
1.2. Municipio: MAICAO
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: OVIDIO MEJIA
1.5. Tipo de lugar de la actividad: ASENTAMIENTO
1.6. Lugar de la actividad:
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ASD FOR AIDS

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: LA GUAJIRA
2.2. Municipio: MAICAO
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio: OVIDIO MEJIA

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ◉ TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SD ◉ CNV ○ PEP
3.2. Número de identificación: 1006347
3.3.1. Primer nombre: Maria
3.3.2. Segundo nombre: Elva
3.3.3. Primer apellido: Lopez
3.3.4. Segundo apellido:

3.4. Caracterización persona atendida

○ GH ○ TRANS ○ PID ○ IS ○ HC ○ LESB ○ PPL ○ ITS ◉ INMIGRANTE
○ VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO ○ SPA ○ GESTANTE ◉ POB. GENERAL ○ TB País de procedencia: Venezuela

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ◉ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1999/07/23
3.6.1. Edad en años cumplidos: 25
3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ○ SI ◉ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBÉN? ○ SI ◉ NO ○ NO SABE
3.8. Regimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Excepción ○ Fondo de atención en salud para PPL
3.8.1. Nombre de la aseguradora:
3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Dificultad respiratoria ◉ No presenta síntomas ○ Otros: ITS ○ Perdida de peso ○ Otro ¿cuál? (escriba cuál)

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

○ Asistió a una jornada educativa ○ Servicio de salud IPS/ESE ○ Autoridad pública ○ Líder de la sociedad civil
◉ Motivación propia ○ Autoridad religiosa ○ Información redes sociales ○ Amigo/a

5. Cantidad de condones recibidos

6. Institución de salud, ruta de atención.

Observaciones

Tipo de financiamiento: ○ Fondo Mundial ○ Recursos Locales PIC ◉ Otros Cooperantes ○ Fondo Nacional de Prestaciones ○ Recursos propios del usuario ○ Otro ¿Cuál?

585

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

[redacted]

Para los datos personales registrados en este formato se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la Ley [illegible] y demás normas aplicables

Yo MARIA CLARA LOPEZ identificado(a) con C.C. 10063467 de YONDÓ declaro que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado que contiene los aspectos relacionados con el procedimiento y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y el riesgo, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Entiendo 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 sesión PRE-PRUEBA (actividad realizada por un Asesor(a) certificado(a)) para prepararme y actuar o reforzar mi conocimiento con relación a prevenir y controlar, antes de realizarme la prueba rápida, en este espacio también se me informó que la(s) prueba(s) presuntiva(s) que indicará la positividad de esta infección(es) son VIH, Sífilis y 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 y 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 vinculación y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de mi u otra EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.**

Entiendo y acepto 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 y para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 311 423 3247 y 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 tomada el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial tal como mis resultados. Igualmente he sido informado que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto conlleve la contagio social.

Este documento se firma el día 23 del mes de 09 del año 2024

María Clara Lopez — FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: MARIA LOPEZ
Tipo y número de identificación: 10 063467

ANGELICA NAVARRO — FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: ANGELICA NAVARRO
Tipo y número de identificación: 1124009446

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2024-09-23

Prueba	Resultado	Tipo de prueba rápida detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento		
(✓) VIH	( ) Reactivo (✓) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígeno/anticuerpo	~~INVISY/ANRISCAN~~	OBADIOSSA	2024	10	16
(✓) Sífilis	( ) Reactivo (✓) Negativo	( ) Treponemal ( ) No treponemal					
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígeno					
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos					

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

Prueba	Resultado	Tipo de prueba rápida detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento		
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígeno/anticuerpo					

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre: ELIANIS MENDOZA Firma: E M M Código: 1126 239033

586

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

Para registrar personas en el registro en este formato se requiere tener consentimiento informado en los términos descritos en la RPIS 1536/2015 y cumplir todos los criterios aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: LA GUAJIRA
1.2. Municipio: MAICAO
1.3. Localidad/Comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: QUINTO MEJIA
1.5. Tipo de lugar de la actividad: ASENTAMIENTO
1.6. Lugar de la actividad:
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: AID FUE AIDS

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: LA GUAJIRA
2.2. Municipio: MAICAO
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio: QUINTO MEJIA

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1 Tipo de documento: ○ RC ○ TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SD ⊘ CNV ○ PEP
3.2. Número de identificación: 84062438
3.3.1. Primer nombre: Luis
3.3.1. Segundo nombre: Hary
3.3.2. Primer apellido: Moreno
3.3.2. Segundo apellido: Acevedo.
3.4. Caracterización persona atendida
○ HSH ○ TRANS ○ PD ○ TS ○ HC ○ JESB ○ PPL ○ iTS ⊘ INMIGRANTE
○ VICTIMA CONFLICTO ARMADO ○ VBG ○ GESTANTE ⊘ POB GENERAL ○ Tb País de procedencia: Venezuela
3.5. Sexo asignado al nacer: ⊘ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 19 | 03 | 07 | HA
3.6.1 Edad en años cumplidos: 41
3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ○ SI ⊘ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ⊘ NO ○ NO SABE
3.8. Régimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora
3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ⊘ No presenta síntomas ○ Otros TIS ○ Pérdida de peso ○ Otros síntomas relevantes (escriba cuáles)

4. ¿Qué (Quién) le motivó a realizarse la prueba?

○ Asistió a una jornada educativa ○ Servicio de salud IPS/ESE ○ Resultado positivo ○ Líder de la sociedad civil
○ Motivación propia ○ Agentes negativos ○ Información medios / Redes sociales ○ Amigos/a

5. Cantidad de condones recibidos

6. Institución de salud, ruta de Memorias

Observaciones:

Tipo de financiamiento: ○ Fondo Mundial ○ Recursos propios IPS ⊘ Otra Cooperación ○ Fondos Nacionales de Cooperación ○ Recursos propios del usuario ○ Otro ¿Cuál?

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

[redacted]

Para los datos personales registrados en este formato y legalmente, se cumplirá lo dispuesto en la LEY 1266/08 1273/09 1581/12 y demás normas aplicables

Yo LUIS HENRY MORENO identificado(a) con C I
No. 04062438 de VENEZUELA certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado que contiene un aspecto relacionado con el propósito y beneficio 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 actuar o reforzar mi conocimiento con relación a creencias y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio (antes de que me informen que asesor(a) explicará(n) las prueba(s) (presuntiva(s)) que indica(n) la posibilidad(es) 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 el(los) cual(es) debo 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 ( ) incluido canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud -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 (a) EAPB o la institución que realizo 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 300 456 6449 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 tomada 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 a Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, en que este compromete la confidencialidad

Este documento se firma el día 23 del mes de 05 del año 2024

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: LUIS MORENO
Tipo y número de identificación: 04062438

ANGELICA NAVARRO
FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: ANGELICA NAVARRO
Tipo y número de identificación: 1124004448

7. Datos de la primera prueba — Fecha prueba rápida y entrega de resultados: 2024/05/23

Prueba	Resultado	Tipo de prueba usada para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(✓) VIH	( ) Reactivo (✓) No reactivo	(✓) Anticuerpos ( ) Antígeno-anticuerpo	WONDFO HIV/SYPHILIS	0424080123	2024 10 16
(✓) Sífilis	( ) Reactivo (✓) No reactivo	(✓) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígeno			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria — Fecha prueba rápida y entrega de resultados: ___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba usada para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígeno-anticuerpo			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre: LAURIS MENDOZA | Sexo: F M | Cédula: 1126390337

500

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

Ministerio de Salud y Protección Social — Virtual

Nota: Este formato debe ser diligenciado en letra imprenta, garantizando su confidencialidad según lo establecido en la LEY 1266/08 - 1712/09 - Artículo 3 y demás normas aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: LA GUAJIRA
1.2. Municipio: MAICAO
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: DUVIO MEJIA
1.5. Tipo de lugar de la actividad: ASENTAMIENTO
1.6. Lugar de la actividad:
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: AID FOR AIDS

2. Datos de residencia del usuario

2.1. Departamento: LA GUAJIRA
2.2. Municipio: MAICAO
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio: DUVIO MEJIA

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SD ⊗ DNI ○ PEP
3.2. Número de identificación: 24857455
3.3.1. Primer nombre: Alfredo
3.3.2. Segundo nombre:
3.3.3. Primer apellido: Fuentes
3.3.4. Segundo apellido:

3.4. Autoidentificación personas atendidas

○ HSH ○ TRANS ○ HO ○ TS ○ MSM ○ LESB ○ PPL ○ ITS ⊗ VIH/SIDA/TBP
○ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO ○ SRA ○ GESTANTE ⊗ POB GENERAL ○ TB
País de procedencia: Venezuela

3.5. Sexo asignado al nacer: ⊗ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 2003 | 07 | 14
3.6.1 Edad en años cumplidos: 21
3.7. ¿Asegurado a sistema de salud? ○ SI ⊗ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ⊗ NO ○ NO SABE
3.8. Régimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fuerzas de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Diferente de la aseguradora:
3.9. Presencia alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ⊗ No presenta síntomas ○ Otro ITS ○ Pérdida de peso
○ Ninguno (marcar si no aplica ninguno de los anteriores)

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

○ Atención integral de la salud sexual ○ Servicio de salud IPS/ESE ○ Asistencia social ○ Líder de la comunidad
⊗ Motivación propia ○ Resultado negativo ○ Ofrecimiento en unidades móviles ○ Amigo/a

5. Cantidad de condones recibidos

6. Institución de salud, ruta de atención

Observaciones

Tipo de financiamiento: ○ Fondo Mundial ○ Recursos cuentas PE ⊗ Otras cooperación ○ Fondo de Salud de Población Pobre ○ Otro sin empleo de recursos ○ Otro ¿Cuál?

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

Para los datos personales registrados en esta ficha se garantiza la confidencialidad en los términos previstos en la Ley 1581/12 y demás normas aplicables

Yo ALFREDO FREILER identificado(a) con D.N.I. No. 24832455 de VENEZUELA manifiesto que he leído o se me ha dado a conocer la información sobre el Consentimiento Informado que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), el procedimiento, sus limitaciones y el riesgo, y entiendo el (la) derecho, beneficios, 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 consejería PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y actuar o reforzar mi conocimiento con relación a practicar y conocer el resultado de la prueba rápida), en este espacio también se me informó que existen otras pruebas presuntivas que indican la probabilidad 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 y que me direccionen al servicio de salud en donde recibiré mi esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. Recibí información SI (✓) NO ( )

También acepto 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 vigilancia integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y el acceso a los servicios de salud.
SI (✓) NO ( ) Acepto canalización y seguimiento por parte del servicio consultado y/o institución de salud -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 302 407 7258 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 entreguen 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.

Para constancia se firma el día 23 del mes de 09 del año 2024

ALFREDO FREILER — ANGELICA NAVARRO

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: ALFREDO FREILER
Tipo y número de identificación: 24832455

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: ANGELICA NAVARRO
Tipo y número de identificación: RC400.9448

7. Datos de la primera prueba — Fecha prueba rápida o prueba de tamizaje (2024 : 09 : 23)

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento		
VIH	( ) Reactivo (✓) No reactivo	(✓) Inmunoensayo ( ) Inmunocromatográfica	[illegible]	DBADIGSH	2026	10	16
Sífilis	( ) Reactivo (✓) No reactivo	(✓) Treponémica					
Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígeno					
Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpo					

8. Datos de la prueba confirmatoria — Fecha prueba confirmatoria (tamizaje reactivo): ___ ___ ___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Número comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento		
	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Inmunoensayo ( ) Inmunocromatográfica					

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre: FELIANIS MENDOZA | Cargo: E M M | Cédula: 1126259033

590

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

Para los datos personales registrados en este formulario se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la Ley 1266 de 2008 - 1581 de 2012 y demás normas aplicables

1. Localización de la actividad

1.1 Departamento: La Guajira
1.2 Municipio: Maicao
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Divina Media
1.5. Tipo de Lugar de la actividad: Asentamiento
1.6 Lugar de la actividad:
1.7 Nombre de la institución/organización que presta el servicio: AID FOR AIDS

2. Datos de residencia del usuario:

2.1 Departamento: LA GUAJIRA
2.2 Municipio: MAICAO
2.3 Localidad/comuna:
2.4. Barrio: DIVINA MEDIA

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SD ● DNI ○ PEP
3.2 Número de identificación: 10.105.267
3.3. Primer nombre: Angy
3.3.1 Segundo nombre: ESTHER
3.3.2 Primer apellido: Diaz
3.3.3. Segundo apellido:

3.4. Caracterización persona atendida

○ MSM ○ HSH ○ PPL ○ TS ○ VIC ○ TSH ○ PPL ○ IDS ● MIGRANTE
○ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO ○ VIH ○ GESTANTE ● POB GENERAL ○ TB
País de procedencia: Venezuela

3.5 Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ● Mujer ○ Intersexual
3.6 Fecha de nacimiento: 1999 | 11 | 10
3.6.1 Edad en años cumplidos: 25

3.7 ¿Asegurado a sistema de salud? ○ SI ● NO
3.7.1 ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ● NO ○ NO SABE

3.8. Régimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Excepción ○ Fuerzas Armadas para PPL
3.8.1. Nombre de la aseguradora:

3.9. Presenta algunos de estos síntomas: ○ TBC ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ● No presenta síntomas ○ Otras ITS ○ Pérdida de peso

4. ¿Qué ¿Quién lo motivó a realizarse la prueba?

○ Búsqueda activa por pares educativos ○ Servicio de salud PPL/ESE ○ Autotest/Amigos ○ Líder de la sociedad civil
● Voluntad propia ○ Activación negativo ○ Información virtual/redes sociales ○ Derivado

5. Cantidad de condones recibidos

6. Institución de salud, ruta de atención,

Observaciones

Tipo de financiamiento: ○ Presupuesto ○ Recursos propios PPL ● Otros recursos ○ Fondo mundial de la tuberculosis ○ Recursos propios del usuario ○ Otro ¿Cuál?

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

Para todos los efectos legales a que haya lugar, la información suministrada en los diligenciamientos de la SDS - Versión 01 - (13.05.2019 - 1.0.0.1) y demás normas aplicables

Yo ANGY DIAZ de VENEZUELA identificado(a) con DNI 10-10525269 he sido informado(a) sobre el Consentimiento Informado que contiene los aspectos relacionados con el procedimiento, beneficios de la prueba rápida, su interpretación, sus limitaciones y su riesgo, y he entendido su contenido, aclarado todas mis inquietudes y dudas.

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 actuar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizar mi la prueba rápida), en este espacio también se me informó que existe ventana(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, aun en el caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que mi reacción sea negativa a pruebas confirmatorias para confirmar el diagnóstico y que me diligenciaran el servicio de salud en caso dado tener con esta prueba de tamizaje. Para Sífilis y Hepatitis me direccionaran de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

Teniendo en cuenta que soy de nacionalidad venezolana y no cuento con la afiliación al sistema de salud, autorizo que una persona de la entidad que evalúe la toma y lectura de la prueba 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 ( ) **(en caso de consejería y seguimiento por parte del servicio consultorio y/o facilitación de cita - EPS, para mi acceso a los servicios de salud o pruebas.**

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 (el 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 304 792 1507 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 tomada el examen. Adicionalmente he sido informado(a) que toda información generada del proceso de consejería, 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 23 del mes de 08 de año 24

ANGY DIAZ
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: ANGY DIAZ
Tipo y número de identificación: 10 105 269

ANGELICA NAVARRO
FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: ANGELICA NAVARRO
Tipo y número de identificación: 1124009448

7. Datos de la primera prueba (Fecha prueba rápida y entrega de resultado) 2024 08 23

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
VIH	○ Reactivo ⊗ No reactivo	⊗ Anticuerpo ○ Antígeno-anticuerpo	HIV/SYPHILIS DUO	06ND16SSA	2024 10 16
Sífilis	○ Reactivo ⊗ No reactivo	⊗ Anticuerpo			
Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Antígeno			
Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpo			

8. Datos de la prueba confirmatoria (Fecha prueba confirmatoria y entrega de resultado) ____ / ____ / ____

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
VIH	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpo ○ Antígeno-anticuerpo			
Sífilis	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpo			
Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Antígeno			
Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpo			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre FELIANIS MENDOZA Sexo F M NB Cédula 1126239083

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

[redacted]

Los datos personales registrados en este formulario se protegerán de conformidad con las disposiciones de la Ley 1266/08 - 1273/09 - 1581/12 y demás normas aplicables

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: LA GUAJIRA
1.2. Municipio: MAICAO
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: GUIDO MEJIA
1.5. Tipo de lugar de la actividad: ASENTAMIENTO
1.6. Lugar de la actividad:
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: AID FOR AIDS

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: LA GUAJIRA
2.2. Municipio: MAICAO
2.3. Localidad/Comuna:
2.4. Barrio: GUIDO MEJIA

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ◉ CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ PNI ○ PEP
3.2. Número de identificación: 24011927

3.1.1 Primer nombre	3.1.1 Segundo nombre	3.1.2 Primer apellido	3.1.2 Segundo apellido
Angelica		Vreche	Pino.

3.4. Caracterización persona atendida

○ HSH ○ HAHS ○ PAH ○ TS ○ HC ○ TSH ○ PPL ○ ITS ◉ MIGRANTE

○ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO ○ VIH ○ GESTANTE ◉ POB. GENERAL ○ TB País de procedencia: Venezuela

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ◉ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 19/04/12 01
3.6.1 Edad en años cumplidos: 39.
3.7. ¿Vinculado al sistema de salud? ○ SI ◉ NO
3.7.1 ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ◉ NO ○ NO SABE
3.8. Régimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora
3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ◉ Ninguna de las anteriores ○ Lesiones ITS ○ Pérdida de peso ○ Otro síntomas. Síntomas (describa cuál es)

4. ¿Que (Quién) le motivó a realizarse la prueba?

○ Grupo o jornada educativa ○ Servicios de salud IPS/ESE ○ Activista pro-vih ○ Líder de la sociedad civil ○ Multiplicador pares ○ Autotest negativo ○ Información virtual/Redes sociales ○ Amigos

5. Cantidad de condones recibidos

6. Institución de salud, ruta de atención.

Observaciones

Tipo de financiamiento: ○ Fondo Mundial ○ Recursos Distrito/ PIC ◉ Otra Cooperación ○ Fondo Nacional de Cofinanciación ○ Recursos propios del usuario ○ Otro (Cual?)

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

[redacted]

Para los datos personales registrados en este formato se garantiza la confidencialidad prevista en la LEY 1266/08 - 1273/09 - 1581/12 y demás normas aplicables.

Yo ANGELICA UREÑA identificado(a) con DNI en calidad de usuario(a) que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con la propósito y beneficios de la(s) prueba(s), la interpretación, sus limitaciones y los riesgos; y entiendo lo 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 mesor(a) certificado(a) para precaverme y aclarar o ampliar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en esta experta también se me informe que existe(n) esta(s) 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 atención. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (✓) NO ( )**

También manifiesto que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba rápida (PAPA) 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 o sociales.
SI (✓) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud - 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 3104223759 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 suministren el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que seré informado de generalidades 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 firmó el día 23 del mes de 09 del año 2024

ANGELICA UREÑA
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: ANGELICA UREÑA
Tipo y número de identificación: 240.779.27

ANGELICA NAVARRO
FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: ANGELICA NAVARRO
Tipo y número de identificación: 1124009448

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida y hora de resultado: 2024 09 23 08:23

Prueba	Reactivo	Tipo de consejería para asesoría	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(✓) VIH	( ) No reactivo (✓) No reactivo	(✓) Asesoría ( ) Asesoría y orientación	HIV/SYPHILIS	CARE#2	2024 10 16
(✓) Sífilis	( ) Reactivo (✓) No reactivo	(✓) Asesoría			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Asesoría			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Asesoría			

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha prueba rápida y hora de resultado: ___ ___ ___

Prueba	Resultado	Tipo de consejería para asesoría	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Asesoría ( ) Asesoría y orientación			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre: ELIANIS MENDOZA Firma: ELIANIS MENDOZA Cédula: 1126 239033

594

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: LA GUAJIRA
1.2. Municipio: MAICAO
1.3. Localidad/Comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: OVIDIO MEJIA
1.5. Tipo de lugar de la actividad: ASENTAMIENTO
1.6. Lugar de la actividad:
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: AID FOR AIDS

2. Datos de residencia del usuario

2.1. Departamento: LA GUAJIRA
2.2. Municipio: MAICAO
2.3. Localidad/Comuna:
2.4. Barrio: OVIDIO MEJIA

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ⊗ CC ○ PA ○ CE ○ SD ⊘ PPT ○ PEP
3.2. Número de identificación: 24.075.816
3.3. Primer nombre: Yaroldo
3.3.1. Segundo nombre: Yobana
3.3.2. Primer apellido: Estrepo
3.3.3. Segundo apellido:
3.4. Caracterización para vía rápida
○ GAI ○ TRANS ○ PPD ○ TS ○ PPL ○ CESD ○ PPT ○ ITS ⊘ MIGRANTE
○ VICTIMA GEL CONFLICTO ARMADO ○ SML ○ HOSPITAL ⊘ POB GENERAL ○ TB País de procedencia: Venezuela
3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1999 / 02 / 04
3.6.1 Edad en Años cumplidos: 25
3.7. ¿Cuenta con el sistema de salud? ○ SI ⊗ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBÉN? ○ SI ⊘ NO ○ NO SABE
3.8. Régimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fuerzas Armadas y Policía para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora:
3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Dificultad respiratoria ⊘ No presenta síntomas ○ Otros ¿Cuál? ○ Persona en PPL ○ Ninguno de los anteriores (para la COVID)

4. ¿Cuál (Cuáles) fue el motivo a realizarse la prueba?
○ Asistencia a una jornada educativa ○ Servicio de salud AMIGABLE ○ Activo/a positivo ○ Caso de la comunidad ⊘ Actividad propia ○ Asistente negativo ○ Intervención virtual/Redes sociales ○ Amigo/a

5. Cantidad de condones recibidos:

6. Institución de salud, ruta de atención.

Observaciones:

Tipo de financiamiento: ○ Fondo Mixto ○ Subsidio a la demanda ⊘ Caja Compensación ○ Fondo Mixto de Cooperativas ○ Recursos propios del usuario ○ Otro ¿Cuál?

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

Para los datos personales registrados en este formato la gestión se realizará según lo establecido en la Ley 1581/2012 y demás normas aplicables.

Yo YERALDIN Yohana RESTREPO identificado(a) con D N I, declaro 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 el contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (1) VIH (2) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y actuar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida) en este espacio también se me informan que esta(s) 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 se realicen una segunda prueba confirmatoria para confirmar el diagnóstico a que me direccionen al servicio de salud en el cual me gustaría continuar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (✓) NO ( )**

Teniendo en cuenta que soy de acuerdo con que una persona de la entidad que realiza la toma y lectura de la prueba de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el proceso 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 consultación y seguimiento por parte del servicio consultorio y/o institución de salud - EPS, para el acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y entiendo que mis datos serán tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI (✓) NO ( )** y acepto **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 acceder el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3204222335 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. Así mismo fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como sus 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 23 de mes de 09 del año 2024

YERALDIN Yohana RESTREPO	ANGELICA NAVARRO
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO Nombre y Apellido: YERALDIN RESTREPO Tipo y número de identificación: 24075816	FIRMA DEL ASESOR Nombre y Apellido: ANGELICA NAVARRO Tipo y número de identificación: 1124094448

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba (dia-mes-año) 23-08-24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(1) VIH	( ) Reactivo (2) No reactivo	(1) Fluido oral (2) Sangre total	HIV 1/2 3.0 DUO	0524HSSA	2026/10/10
(2) Sífilis	( ) Reactivo (2) No reactivo	(1) Fluido oral			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Sangre total			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Sangre total			

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha prueba (dia-mes-año) ___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Fluido oral ( ) Sangre total			

9. Datos de quien realiza la prueba

ELIANIS MENDOZA	M	1126239073

S15

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

Para los datos personales registrados en este formulario se garantiza la aceptación dada por los titulares previstos en la ley 1581 de 2012 y demás normas aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: La Guajira
1.2. Municipio: Maicao
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Ovidio Mejia
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Asentamientos
1.6. Lugar de la actividad:
1.7. Nombre de la IPS/organización que presta el servicio: AIO For AIDS

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: La Guajira
2.2. Localidad/comuna:
2.3. Municipio: Maicao
2.4. Barrio: Buenos Aires

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SC ◉ DNI ○ PPP
3.2. Número de identificación: 27043061
3.3.1. Primer nombre: Hilary | 3.3.1. Segundo nombre: Kristin | 3.3.2. Primer apellido: Moyano | 3.3.3. Segundo apellido: Granadillo
3.4. Caracterización persona atendida
○ HSH ○ TRANS ○ PPL ○ TS ○ HC ○ LESB ○ PPL ○ ITS ◉ MIGRANTE
○ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO ○ GES ○ GESTANTE ◉ POB. GENERAL ○ TB País de procedencia: Venezuela
3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ◉ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1997 | 01 | 29
3.6.1 Edad en años cumplidos: 27
3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ○ SI ◉ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ◉ NO ○ NO SABE
3.8. Régimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Régimen de excepción en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora
3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ TB ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ◉ No presenta síntomas ○ Diarrea ITS ○ Pérdida de peso ○ Otro síntomas diferentes (escribir cuál(es))

4. ¿Qué (Quien) lo motivó a realizarse la prueba?
○ Acceso a una jornada educativa ○ Servicio de salud PPSRSS ○ Resultado positivo ○ Inicio de la sospecha clínica ◉ Voluntad propia ○ Resultado negativo ○ Información virtual (redes sociales) ○ Amigos

5. Cantidad de condones recibidos

6. Institución de salud, ruta de atención.

Observaciones

Tipo de financiamiento: ○ Contributivo ○ Régimen subsidiado ◉ Otro (especifique) ○ Otros regímenes especiales ○ Recursos propios del usuario ○ Otro cuál

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

Para todos los efectos se aplicarán en estos formatos las garantías consagradas en la LEY 1266/08 - 1273/09 - 1581/12 y demás normas aplicables

Yo Hilary maravilla con [illegible] identificado(a) con DNI, manifiesto 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) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo, y entiendo su contenido, la importancia, limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

Si acepto (1) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: Ø VIH Ø Sífilis ○ Hepatitis B ○ Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE PRUEBA, necesidad 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 manifiesto que me informo que esta(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 direccionaron de acuerdo con la ruta de atención al usuario. Recibí información SI (1) NO ( )

Tengo pleno conocimiento de que existe una persona de la entidad que realizo la toma y entrega de la prueba a cargo de la EPS me puede contactar, para brindar el acompañamiento en el programa de atención integral y/o iniciar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud. SI (1) NO ( ) acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud - 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 (1) NO ( ) y acepto SI (1) NO ( ) que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de el resultado para que puedan contactarme mi EAPB o la institución que realiza la prueba rápida) para otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 320 792 3245 y 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 tomada el examen. Así mismo he sido notificado(a) que toda información generada del proceso de consejería, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como los resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, con lo que esto compromete la confidencialidad.

Este documento se firma el día 23 del mes de 08 del año 24.

Hilary Maravilla
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Hilary maravilla
Tipo y número de identificación: 25693067

Angelica Navarro
FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Angelica Navarro
Tipo y número de identificación: 1124009448

7. Datos de la primera prueba (Fecha prueba rápida o reactivo de laboratorio: 2024 | 08 | 23)

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
Ø VIH	○ Reactivo Ø No reactivo	○ Rápida ○ Confirmatoria de laboratorio	HIV/SYPHILIS	06	2024 10 16
Ø Sífilis	○ Reactivo Ø No reactivo	○ Rápida			
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Rápida			
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Rápida			

8. Datos de la prueba confirmatoria (Para pruebas que requieren resultado) ___ | ___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Rápida ○ Confirmatoria de laboratorio			

9. Datos de quien realiza la prueba

Elvis Mendoza Firma 1186239035

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

Para los datos personales registrados en este formulario se garantiza la confidencialidad de los mismos previstos en la Ley 1266/08 - 1581/12 y demás normas aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1 Departamento: La Guajira
1.2 Municipio: Maicao
1.3 Localidad/comuna:
1.4 Barrio donde se realiza la actividad: Divino Niño
1.5 Tipo de Lugar de la actividad: Asentamiento
1.6 Lugar de la actividad:
1.7 Nombre de la institución/organización que presta el servicio: AIO for PIOS

2. Datos de residencia del usuario:

2.1 Departamento: La Guajira
2.2 Municipio: Maicao
2.3 Localidad/comuna:
2.4 Barrio: Almirante Padilla

3. Datos de identificación de persona atendida

3.1 Tipo de documento: ○ RC ○ TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SD ✓ DNI ○ PEP
3.2 Número de identificación: 29951027
3.3.1. Primer nombre: Fransyelis | 3.3.2. Segundo nombre: Carolina | 3.3.1 Primer apellido: Arroyo | 3.3.3. Segundo apellido: Moreno.
3.4. Caracterización persona atendida
○ Gestante ○ HSH ○ HB ○ TS ○ PPL ○ ESSE ○ PPL ○ IFS ✓ Pob GRAL/TD
○ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO ○ Pob. Migrante ○ GESTANTE ✓ Pob. GENERAL ○ IB País de procedencia: Venezuela
3.5 Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual | 3.6 Fecha de nacimiento: 2001 05 10 | 3.6.1 Edad en años cumplidos: 23.
3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ○ SI ✓ NO | 3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ✓ NO ○ NO SABE
3.8. Regimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Vinculado a excepción a salud para PPL ○ Excepción | 3.8.1 Nombre de la aseguradora
3.9. Presenta algún de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ✓ No presenta Síntomas ○ Diarrea ○ Pérdida de peso
○ Otros síntomas diferentes (Cuáles)

4. ¿Qué (Quién) lo motivo a realizarse la prueba?
○ Acceso a oferta de salud sexual ○ Servicio de salud IPS/ESE ○ Asistente pastoral ○ Líder de la sociedad civil
○ Información previa ○ Asistente educativo ○ Información virtual/ Redes sociales ○ Amigos

5. Cantidad de condones recibidos

6. Institución de salud, ruta de atención.

Observaciones

Tipo de financiamiento: ○ Privado ○ Recursos propios ✓ Otro ¿Cuál? ○ Fondo mixto de departamentos ○ Recursos propios de usuario ○ Otro ¿Cuál?

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

Ruta de salud pública y vigilancia de eventos transmisibles priorizados por riesgo/exposición en los términos previstos en la ley 1438/08 - 1122/2009 - 1509/12 y demás normas reglamentarias.

Yo Franyeris Araujo identificado(a) con DNI
No 1124951027 de Valledupar, certifico que he recibido a satisfacción información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos establecidos 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-TRUFFS (actividad realizada por un profesional certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas). Antes de realizarme la prueba rápida, en este acápite también se me informó que esta(s) misma(s) 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 y que me direccionen al servicio de salud en pro de no cortar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención el prestador. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También confirmo que de acuerdo con la(s) persona(s) 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 de acceso a los servicios de salud
SI (X) NO ( ) Acepta canalización y seguimiento por parte del servicio consultorio y/o institución de salud - EPS, para el acceso a los servicios de salud e insumos.

Autorizo 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 aceptan **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la institución que realizó 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 304 744 7225 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 me notificaron 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 de Salud Pública, ya que esto compromete la confidencialidad.

Este documento se firma el día 23 del mes de 08 del año 24.

Franyeris Araujo — Angelica Navarro

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Franyeris Araujo
Tipo y número de identificación: 1124951027

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Angelica Navarro
Tipo y número de identificación: 1124009448

7. Datos de la primera prueba Fecha de toma de muestra y entrega de resultados: 2024 | 08 | 23

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
VIH	Reactivo	Anticuerpos	HIV/SYPHILIS DUO	DGADH0558A	2024 / 10 / 16
Sífilis	Reactivo	Anticuerpos			
Hepatitis B					
Hepatitis C					

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha prueba tomada y entrega de resultados: ___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
VIH	Reactivo	Anticuerpos			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre: Eliannis Mendoza | Firma: 6mm | Cédula: 1126239033

600

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

Secretaría de Salud de Bolívar

Para los casos permitidos según lo dispuesto en esta ficha técnica se garantiza la confidencialidad de los datos personales en la LEY 1266/08 - 1273/09 - 1581/12 y demás normas aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: La Guajira
1.2. Municipio: MAICAO
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: DOMICILIO
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Asentamiento
1.6. Lugar de la actividad:
1.7. Nombre de la institución/organización que emplea el servicio: AID FOR AIDS

2. Datos de residencia del usuario

2.1. Departamento: La Guajira
2.2. Municipio: MAICAO
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio: 7 de agosto

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SD ⊘ DNI ○ PEP

3.4. Número de identificación: 1240066 8

3.3.1. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.2. Segundo apellido
Yorlis	Alan	Arevalo	Peñaloza

3.4. Caracterización persona atendida

○ Gay ○ TRANS ○ PPL ○ TS ○ HSH ○ HSB ○ PPL ○ HS ⊘ MIGRANTE

○ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO ○ SPC ○ REMANTE ⊘ POB GENERAL ○ TE País de procedencia: Venezuela

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ⊘ Mujer ○ Intersexual

3.6. Fecha de nacimiento: 2004 / 11 / 12 3.6.1 Edad en años cumplidos: 19

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ○ SI ○ NO 3.7.1. ¿Encuentra SISBEN? ○ SI ○ NO ○ NO SABE

3.8 Régimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Régimen de excepción Artículo 2 para PPL ○ Excepción 3.8.1 Nombre de la aseguradora:

3.9. Presenta alguna de estas situaciones: ○ TBC ○ Tristeza ○ Sudoración nocturna ⊘ No presenta síntomas ○ Otro ¿Cuál? ○ Pérdida de peso ○ Ninguna de las anteriores (para los casos)

4. ¿Qué (Cuál es) lo motivo a realizarse la prueba?

○ Asistió a una jornada educativa ○ Servicio de salud IPS/ESE ○ Asistencia pasiva ○ Líder de la vecindad/comunidad
⊘ Motivación propia ○ Resultado negativo ○ Información virtual/Redes sociales ○ Amigo/a

5. Cantidad de condones recibidos

6. Institución de salida, ruta de atención.

Observaciones

Tipo de financiamiento: ○ Fondo Mundial ○ Recursos Nacionales ⊘ Otra Cooperación ○ Otros recursos de Cooperación ○ Recursos propios del usuario ○ Otro ¿Cuál?

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

[redacted]

Yo Yarlis Arevalo identificado(a) con DNI
No. 12400668 de Venezuela (indicar aquí lo leído o se le leyó) el siguiente consentimiento informado sobre el Consentimiento Informado que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficio de la(s) prueba(s), la interpretación, sus limitaciones y alcance, y el riesgo, la confidencialidad, tratamiento de los resultados, 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 (antes del realizarla) 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 existe(n) esta(s) prueba(s) presuntiva(s) que mi EAPB la practicará de estar relacionadas 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 confirmatoria para confirmar el diagnóstico y que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta ruta de atención. Para Sífilis y Hepatitis me dieron consejería de acuerdo con la ruta de atención al prestador. Recibí información SI (✓) NO ( )

También certifico que estoy de acuerdo en que las personas que me entregarán el resultado de la prueba o de mi EPS me puedan contactar, para brindar orientación 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 contratación y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud - 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 304 223 9032 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 tomada 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, con el fin de garantizar la confidencialidad.

Este documento se firma el día 23 del mes 08 del año 24.

Yarlis Arevalo	Angelica Navarro
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Yarlis Arevalo	Nombre y Apellido: Angelica Navarro
Tipo y número de identificación: 12400668	Tipo y número de identificación: 1124009448

7. Datos de la primera prueba Fecha en que recibe el resultado de la prueba: 2023 | 08 | 23

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre y código de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento		
✓ VIH	○ Reactivo ✓ No reactivo	✓ Rápida ○ Elisa	HIV1/HIV2 RAPID	06AA04A5R	2024	10	16
✓ Sífilis	○ Reactivo ✓ No reactivo	✓ Rápida					
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Rápida					
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Rápida					

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha prueba toma y recibe resultado: | | |

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre y código de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento		
○ VIH	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Western Blot ○ Inmunofluorescencia					

9. Datos de quien realiza la prueba

Alexis Mendoza | [redacted] | 1126239035

62

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

Secretaría de Salud

Para los datos personales registrados en este formulario se garantiza la confidencialidad de los mismos, acorde a la LEY 1266/08 - 1581/12 y demás normas aplicables

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: La Guajira
1.2. Municipio: Maicao
1.3. Localidad/Comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Ovidio Mejia
1.5 Tipo de lugar de la actividad: Establecimiento
1.6 Lugar de la actividad:
1.7 Nombre de la institución/organización que presta el servicio: AU for AIDS

2. Datos de residencia del usuario

2.1. Departamento: La Guajira
2.2. Municipio: Maicao
2.3. Localidad/Comuna:
2.4. Barrio: Ovidio Mejia

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ IDNI ○ PEP
3.2. Número de identificación: 27637549

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Carmen		Sanchez	Bosca

3.4. Caracterización persona atendida

○ HSH ○ TRANS ○ PPD ○ PS ○ PPL ○ ESH ○ PPI ○ HTS ○ MIGRANTE
○ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO ○ SPC ○ GESTANTE ○ PPOA CENTRAL ○ TB País de procedencia: Venezuela

3.5 Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1999 12 12
3.6.1 Edad en años cumplidos: 24
3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ○ SI ○ NO
3.7.1 ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO ○ NO SABE
3.8. Régimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Excepción ○ Vinculado/Atención no afiliados PPL
3.8.1. Nombre de la aseguradora:
3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ No presenta síntomas ○ Diarrea ○ Pérdida de peso ○ Otro ¿Cuál?

4. ¿Qué ¿Quién lo motivo a realizarse la prueba?

○ Asistió a una jornada educativa ○ Servicio de salud (IPS/ESE) ○ Ambiente Laboral ○ Líder de la población clave
○ Iniciativa propia ○ Ambiente religioso ○ Personal de entidad de servicios sociales ○ Otro ¿Cuál?

5. Cantidad de condones recibidos

6. Institución de salud, ruta de atención.

Observaciones

Tipo de financiamiento: ○ Presupuesto ○ Venta de servicios PIC ○ Otros Cooperantes ○ Fondo Nacional de Prestaciones ○ Recursos propios del usuario ○ Otro ¿Cuál?

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

Para un cabal cumplimiento reglamentario en cuanto a temas de garantías, confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1712/14 - 1581/12 y demás normas vigentes.

Yo, Carmen Sanchez identificado(a) con DNI 27637549 de Venezuela autorizo que se brinde la orientación y información sobre el consentimiento informado y conozco los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y riesgos; y acepto la realización de la(s) prueba(s) rápida(s), toma de muestra y biopsia 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) capacitado(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 informa que esta(s) prueba(s) es(son) prueba(s) que indican(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 confirmatoria para confirmar el diagnóstico a que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me informaron de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (✓) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que la persona de la entidad que realice la toma y lectura de la prueba de mi EPS me pueda contactar, sea brindada 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 consultorio y/o institución de salu -EPS, para mi acceso a los servicios de salud a prestar.**

Habiendo sido suficientemente informado(a) y aclaradas todas mis inquietudes, autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad. SI (✓) NO ( )

y entre un SI (✓) NO ( ) que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme mi EAPB o la institución que realice 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 320 755 9232 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 tomada el examen. Adicionalmente confirmo que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, tal 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 23 del mes de 08 del año 24

Carmen. Angelica Navarro

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Carmen Sanchez
Tipo y número de identificación: 27637549

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Angelica Navarro
Tipo y número de identificación: 1124069448

7. Datos de la primera prueba — Fecha prueba rápida y reporte de resultado: 2024 | 08 | 23

Prueba	Resultado	Tipo de prueba rápida diferencial	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento		
✓ VIH	○ Reactivo ✓ No reactivo	✓ Inmunocromatografía ○ Inmunoensayo	DUALICHECK	2024	10	16
✓ Sífilis	○ Reactivo ✓ No reactivo	✓ Treponémica				
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ No aplica				
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ No aplica				

8. Datos de la prueba confirmatoria — Fecha prueba rápida y reporte de resultado: ___ | ___ | ___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba rápida diferencial	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento		
○ VIH	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Inmunocromatografía ○ Inmunoensayo					

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre: Elianis Mendoza — Firma: [signature] — No. 1126239033

604

FORM 2 REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

Para los casos particulares registrados en estos formatos la información se mantendrá confidencial en los términos previstos en la Ley 1266/08 - 1273/09 - 1581/12 y demás normas aplicables

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: La Guajira
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Asentamiento
1.2. Municipio: Maicao
1.6. Lugar de la actividad:
1.3. Localidad/comuna:
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: AVOFOR AIDS
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Divino Niño

2. Datos de residencia del usuario

2.1. Departamento: La Guajira
2.3. Localidad/comuna:
2.2. Municipio: Maicao
2.4. Barrio: Payacito

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SD ⊘ DNI ○ PEP
3.2. Número de identificación: 25699173

3.3.1. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.2. Segundo apellido
Ins	Beatriz	Morales	Morales

3.4. Caracterización persona atendida

○ Gestante ○ HSH/MSM ○ PPL ○ TS ○ PPC ○ LGBTI ○ PPL ○ ITS ⊘ MIGRANTE
○ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO ○ SPA ○ CRONICO ⊘ POB. CARCELARIA ○ TB País de procedencia: Venezuela

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ⊘ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1995 08 16
3.6.1. Edad en años cumplidos: 30
3.7. ¿Pregunta al régimen de salud? ○ SI ⊘ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ⊘ NO ○ NO SABE
3.8. Régimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Privado con convenio en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora:
3.9. Presenta alguna de estas lesiones: ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ⊘ No presenta ninguna ○ Dificultad para respirar ○ Pérdida de peso ○ Ninguna de las anteriores

4. ¿Qué ¿Quién) le motivó a realizarse la prueba?

○ Acudió a una jornada educativa ○ Servicio de salud (PSICAS) ○ Actividad puntual ○ Líder de la sociedad civil
⊘ Motivación propia ○ Material impreso ○ Intervención virtual Redes sociales ○ Amigos/a

5. Cantidad de condones recibidos:

6. Institución de salud, ruta de atención:

Observaciones:

Tipo de financiamiento: ○ Otro ¿Cuál? ○ Recursos Ley 1438 HC ⊘ Cuota Moderadora ○ Pago de Bolsillo ○ Régimen especial ○ Vinculado

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

Yo, YIS Beatriz morales identificado(a) con DNI No. 25699172 de Venezuela, manifiesto que he sido informado(a) de forma clara sobre el consentimiento informado que consta en los aspectos relacionados con el procedimiento y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos; y entiendo su contenido, las observaciones, beneficios y riesgos de su manera.

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 consentimiento con relación a practicas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida, en este espacio también se me informo que estas 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 confirmatoria para continuar el diagnostico o que me direccionen al servicio de salud indicado de mi contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionaran de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (✓) NO ( )**

También he sido informado(a) de que soy de acuerdo con que la persona de la entidad que realizo 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 diagnosticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI (✓) NO ( ) **acepto consentación y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de esta-EPS, para el acceso a los servicios de salud o sociales.**

Entiendo y autorizo(a) que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad SI (✓) NO ( ) y acepto 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 313 424 32 28 o m. 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 a Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 25 del mes de 08 del año 24.

ZRIS

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: YIS morales
Tipo y número de identificación: 25699172

Angelica Navarro

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Angelica Navarro
Tipo y número de identificación: 1194009448

7. Datos de la primera prueba Fecha (aaaa-mm-dd) y hora de la toma de muestra: 2024 10 8 13:1

Prueba	Resultado	Tipo de prueba rápida realizada	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento		
✓ VIH	○ Reactivo ✓ No reactivo	✓ Prueba rápida ○ Otra prueba rápida	HIV/Syphilis	0161100334	2024	10	16
✓ Sífilis	○ Reactivo ✓ No reactivo	✓ Prueba rápida ○ Otra prueba rápida					
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Prueba rápida ○ Otra prueba rápida					
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Prueba rápida ○ Otra prueba rápida					

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha (aaaa-mm-dd) y hora de la toma de muestra: ____ ____

Prueba	Resultado	Tipo de prueba rápida realizada	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Prueba rápida ○ Otra prueba rápida			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre: Elvis Mendoza | Cargo: Enfermero | Firma: 1126259053

636

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

Para los casos positivos registrados en este formato se garantiza la confidencialidad de los mismos prevista en la Ley 1266/08 - 1273/09 - 1581/12 y demás normas aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento La Guajira
1.2. Municipio Maicao
1.3. Localidad/comuna
1.4. Nombre donde se realiza la actividad Julio Mejia
1.5 Tipo de lugar de la actividad Asentamiento
1.6. Lugar de la actividad
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio EVE Ext PAIDS

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento La Guajira
2.2. Municipio Maicao
2.3. Localidad/comuna
2.4. Barrio Alto grado

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento ○ RC ○ TI ○ CC ○ MS ○ CE ○ SD ◉ PAS ○ PEP
3.2. Número de identificación 325-8175.
3.3. Primer nombre Maria
3.3.1 Segundo nombre
3.3.2. Primer apellido Mario
3.3.3. Segundo apellido Morales.

3.4 Caracterización persona atendida

○ HSH ○ TRANS ○ PPD ○ PS ○ PPL ○ LGBI ○ PPL ○ ITS ◉ MIGRANTE

○ POBLACIÓN DEL CONFLICTO ARMADO ○ SRC ○ GESTANTE ◉ POB GENERAL ○ TB País de procedencia Venezuela

3.5. Sexo asignado al nacer ○ Hombre ◉ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento 2001 | 8 | 28
3.6.1 Edad en años cumplidos 22

3.7. ¿Se encuentra afiliado al sistema de salud? ○ SI ◉ NO
3.7.1 ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ◉ NO ○ NO SABE

3.8. Régimen ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Tarifa de atención a víctimas ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora

3.9. Presenta alguno de estos síntomas ○ Tos ○ Fiebre ○ Dificultad respiratoria ○ Pérdida de olfato ○ Otros (¿?) ○ Pérdida del gusto ○ Ninguno de los anteriores/ninguno conocido

4. ¿Que ¿Quien? lo motivó a realizarse la prueba?

4.1 Motivo principal para la realización ○ Servicio de salud IPS/ESE ○ Activista positivo ○ Líder de la sociedad civil ◉ Voluntad propia ○ Activista negativo ○ Información en redes sociales ○ Amigo/a

5. Cantidad de condones recibidos

6. Institución de salud, ruta de atención.

Observaciones

Tipo de tratamiento ○ Antirretroviral ○ Profilaxis Pre-exposición ◉ Ninguno ○ Inicio tratamiento Profilaxis antes ○ Seguimiento paciente del estudio ○ Otro ¿Cual?

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

Para La toma del consentimiento informado tenga en cuenta lo contemplado en la Ley [illegible]

Yo María Marín identificado(a) con DNI No. 32 32 78 75 de Venezuela declaro que he leído o se me ha entregado información sobre el Consentimiento informado, que conozco los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y el riesgo y autorizo su realización, incluyendo las transfusiones sanguíneas 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 realizar la prueba rápida), en este espacio también se me informó que estas(os) 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 confirmatoria 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 a prestador. **Recibí información** SI (✓) NO ( )

También permito que en caso de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS no 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 contratación y seguimiento por parte del servicio contratado y/o institución de salud (EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.**

Entiendo y autorizo que mis datos serán 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 320 748 8245 o mi correo electrónico _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria a que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomada el examen. Adicionalmente me han 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 23 del mes de 08 del año 24.

María Marín

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Daniela marín
Tipo y número de identificación: 32 32 78 75

Angelica Nuevo

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Angelica Nuevo
Tipo y número de identificación 1124 00 94 98

7. Datos de la primera prueba — Fecha prueba rápida o prueba de laboratorio: 23 | 08 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección (VIH)	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de suministro		
VIH	Reactivo ✓ No reactivo	Rápida ✓ Por laboratorio	HIV1/2 WB STRIP	06A04	2024	10	16
Sífilis	Reactivo ✓ No reactivo	Rápida ✓ Por laboratorio					
Hepatitis B	Reactivo No reactivo	Rápida Por laboratorio					
Hepatitis C	Reactivo No reactivo	Rápida Por laboratorio					

8. Datos de la prueba confirmatoria — Fecha prueba rápida confirmatoria: | | | | |

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de suministro
VIH	Reactivo No reactivo	Rápida Por laboratorio			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre: Efrain Medina | Cargo: Enfermero | Cédula: 1126239033

FORM 2 REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

Para los datos personales registrados en este formulario se garantiza la confidencialidad en los términos previstos en la Ley 1266/08 - 1712/09 - 1581/12 y demás normas aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: La Guajira
1.2. Municipio: Maicao
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Nidio Mejia
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Asentamiento
1.6. Lugar de la actividad:
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: No tengo

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: La Guajira
2.2. Municipio: Maicao
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio: Villa del Sol

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ( ) RC ( ) TI (X) CC ( ) NU ( ) CE ( ) SD ( ) CN: ( ) PEP

3.2. Número de identificación: 25.427.224

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Jose	Carlos	Pinayu	

3.4. Caracterización persona tamizada

( ) Niña/o ( ) Hombre ( ) Mujer ( ) Indígena ( ) Afro ( ) Raizal ( ) Palenquero ( ) Rom (X) Migrante/Refugiado

( ) Víctima del conflicto armado ( ) Gay ( ) Bisexual (X) Heterosexual ( ) Trans País de procedencia: Venezuela

3.5. Sexo asignado al nacer: (X) Hombre ( ) Mujer ( ) Intersexual

3.6. Fecha de nacimiento: 1998 | 11 | 02

3.6.1 Edad en años cumplidos: 26

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ( ) SI (X) NO

3.7.1 ¿Encuesta SISBEN? ( ) SI (X) NO ( ) NO SABE

3.8. Régimen: ( ) Contributivo ( ) Subsidiado ( ) Excepción ( ) Vinculado al régimen especial de salud para PPL ( ) Especial

3.8.1. Nombre de la aseguradora:

3.9. Presencia alguno de estos síntomas: ( ) Tos ( ) Fiebre ( ) Dificultad respiratoria (X) No presenta síntomas ( ) Dolor de cabeza ( ) Pérdida de peso ( ) Otro ¿Cuál?

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

( ) Acceso a una ayuda educativa ( ) Servicio de salud (IPS/ESE) ( ) Autoridad pública ( ) Líder de la comunidad civil (X) Iniciativa propia ( ) Familiares cercanos ( ) Información de material/ Redes sociales ( ) Amigo/a

5. Cantidad de condones recibidos

6. Institución de salud, ruta de atención.

Observaciones

Tipo de financiamiento: ( ) Fondo Mundial ( ) Recursos Nacionales (X) Otra Cooperación ( ) Fondo Nacional de Estupefacientes ( ) Recursos propios del usuario ( ) Otro, Cuál:

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

Yo José Efraín V. identificado(a) con DNI
No. 25.427.224 de 37 años de edad, residente en [illegible] declaro que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado que contiene los aspectos relevantes con el procedimiento y beneficios que aquí propuesto, sus interpretaciones, sus riesgos y sus riesgos; y entiendo su contenido, objetivos, limitaciones, alcances 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 antes la PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a pruebas y controles, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que existe(n) el(los) evento(s) presentado(s) que me(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 VIH/SIDA y Hepatitis me direccionaron de acuerdo con la ruta de atención al paciente. Recibí información SI (X) NO ( )

También acepto 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 alerta de integridad y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi ruta en los servicios de salud.
SI (X) NO ( ) acepto consideración y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o Institución de salud -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 314 582 9526 o mi correo electrónico

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se me sea tomada el examen. Así mismo, 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 23 del mes de 08 del año 23

José Efraín V. — Angelica Navarro

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: José Efraín V.
Tipo y número de identificación: 25.427.224

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Angelica Navarro
Tipo y número de identificación: 1124033498

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida o prueba de laboratorio: 2024 08 25

Prueba	Resultado	Tipo de prueba por diferencia	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
☑ VIH	○ Reactivo ☑ No reactivo	☑ Rápida ○ Laboratorio	ALLY SYPHILIS Dx	D6A0H0554	2024-10-16
☑ Sífilis	○ Reactivo ☑ No reactivo	☑ Rápida ○ Laboratorio			
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Rápida ○ Laboratorio			
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Rápida ○ Laboratorio			

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha prueba rápida o prueba de laboratorio: ___ / ___ / ___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba por diferencia	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Rápida ○ Laboratorio			___ / ___ / ___

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre: Gloria Mendoza — Entidad: EMM — Teléfono: 1176239053

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: La Guajira
1.2. Municipio: Maicao
1.3. Localidad/corregimiento:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Ovidio Media
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Asentamiento
1.6. Lugar de la actividad:
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: AID For AIDS

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: La Guajira
2.2. Municipio: Maicao
2.3. Localidad/corregimiento:
2.4. Barrio: Villa Katy

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SD ◉ DNI ○ PEP
3.2. Número de identificación: 22 477 175
3.3. Primer nombre: Alfredo
3.3.1. Segundo nombre: Jose
3.3.2. Primer apellido: Uriana
3.3.3. Segundo apellido:
3.4. Caracterización persona atendida
○ Otro ○ TRANS ○ PPL ○ HV ○ HC ○ ESE ○ PPL ○ ITS ◉ MIGRANTE
○ PACIENTE CONTROLADO ○ SSR ○ CESANTE ◉ POB. GENERAL ○ TB País de procedencia: Venezuela
3.5. Sexo asignado al nacer: ◉ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 2003 | 02 | 17
3.6.1. Edad en años cumplidos: 21
3.7. ¿Vinculado al sistema de salud? ○ SI ◉ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ◉ NO ○ NO SABE
3.8. Régimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Excepción ○ Vinculado al sistema de salud para PPL
3.8.1. Nombre de la aseguradora:
3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Dificultad respiratoria ○ No presenta síntomas ○ Otras IPS ○ Pérdida de peso ○ Ninguno de los anteriores (No marcable)

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

○ Actividad de promoción y educación ○ Servicio de salud IPS/ESE ○ Búsqueda positiva ○ Líder de la comunidad (red)
◉ Motivación propia ○ Asistencia negativo ○ Información virtual/ Redes sociales ○ Amigo/a

5. Cantidad de condones recibidos

6. Institución de apoyo, ruta de atención:

Observaciones

Tipo de financiamiento: ○ Contributivo ○ Subsidio oferta PC ◉ Otros ○ Especiales ○ Fondo nacional de disponibilidad ○ Recursos propios del usuario ○ Otro(Cual):

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

Yo Alfredo Uriana identificado(a) con DNI
No. 12977285 de Venezuela (o persona que me asiste o tercero) he recibido información sobre el Consentimiento Informado, he revisado los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de las pruebas, la interpretación, sus limitaciones y el riesgo, y entiendo su contenido, alcances, 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 (o la misma realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y actuar o reforzar mi conocimiento con relación a pruebas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que existen algunas pruebas(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 confirmatoria para confirmar el diagnóstico y que me direccionen al servicio de salud en caso de no existir con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me orientarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información** Si (✓) NO ( )

También autorizo este envío de acuerdo con lo que la(s) persona(s) de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar apoyo 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 el 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 acepto Si (✓) NO ( ) que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (en EAPB o la institución que realice 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 314 917 3247 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 tomada el examen. Adicionalmente he sido orientado(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 25 del mes de 08 del año 24

Alfredo Uriana	Angelica Fuguenio
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Alfredo Uriana	Nombre y Apellido: Angelica Fuguenio
Tipo y número de identificación: 12977285	Tipo y número de identificación: 1124009493

7. Datos de la primera prueba — Fecha prueba rápida (aaaa-mm-dd): 2024 08 25

Prueba	Resultado	Tipo de prueba (para VIH)	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento		
✓ VIH	○ Reactivo ○ No reactivo	✓ Rápida ○ Elisa	MULTISURE HIV/SYPHILIS	06ADHOSSK	2024	10	26
✓ Sífilis	○ Reactivo ✓ No reactivo	✓ Rápida					
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Rápida					
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Rápida					

8. Datos de la prueba confirmatoria — Fecha prueba confirmatoria (aaaa-mm-dd):

Prueba	Resultado	Tipo de prueba confirmatoria para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Inmunoblot ○ Carga viral cuantificación			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre: Eliana Montoya | Firma: Eliana | Cargo: 1126239033

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Numero de formulario

Secretaría de Salud

Para tratamiento particular de información personal de acuerdo con la confidencialidad de los términos previstos en la LEY (Decreto 1377/13 y demás normas aplicables).

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: La Guajira
1.2. Municipio: Maicao
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Ouidio Media
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Asentamiento
1.6. Lugar de la actividad:
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: AID for AIDS

2. Datos de residencia del usuario

2.1. Departamento: La Guajira
2.2. Municipio: Maicao
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio: Galan

3. Datos de identificación de persona atendida

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SC ◉ DNI ○ M2P
3.2. Número de identificación: 24 745 032
3.3.1. Primer nombre: Marina
3.3.2. Segundo nombre:
3.3.3. Primer apellido: Olivo
3.3.4. Segundo apellido:
3.4. Caracterización persona atendida: ○ Mujer ○ Hombre ○ HSH ○ TRANS ○ MSH ○ LESB ○ PPL ○ IDU ◉ MIGRANTE
○ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO ○ GAY ○ GESTANTE ◉ POB. GENERAL ○ TB
País de procedencia: Venezuela
3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ◉ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1998 02 12
3.6.1. Edad en años cumplidos: 26
3.7. ¿Vinculado al sistema de salud? ○ SI ◉ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ◉ NO ○ NO SABE
3.8. Regimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de vinculación en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la Aseguradora:
3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ No presenta síntomas ○ Diarrea ○ Pérdida de peso ○ Otros síntomas (Describir para los cuales)

4. ¿Que (Quien) lo motivo a realizarse la prueba?

○ Medio de información educativa ○ Servicio de salud IPS/ESE ○ Autolisis positivo ○ Líder de la sociedad civil
◉ Motivación propia ○ Autolisis negativo ○ Información en Redes sociales ○ Amigos

5. Cantidad de condones recibidos

6. Institución de salud, ruta de atención.

Observaciones

Tipo de financiamiento: ○ Fondo Nacional ○ Recursos Territoriales ◉ Otros Cooperantes ○ Fondo Nacional de Financiamiento ○ Recursos de privados del evento ○ Otro/Cual

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

Para los datos personales registrados en este formato se garantiza su reserva, confidencialidad en los términos previstos en la Ley [illegible] y demás normas aplicables.

Yo marina epiayu identificado(a) con DNI
de 24 años de edad, acepto que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado que contiene los aspectos relacionados con el procedimiento y los efectos de las pruebas, 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 previo PRE-PRUEBA (actividad realizada por un agente capacitado) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en esa ocasión también se me informó que dentro de esta(s) 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 de ratificación para confirmar el diagnóstico y que mi dirección en el servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios Para Salvar Hepatitis me direccionaran de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Suficiente 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 brindarme 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 salud - EPS, para mi acceso a los servicios de salud a asignar.**

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, a cuanto SI ( ) NO ( ) que puedan ser compartidos con mi EAPB independiente de mi resultado, para que puedan comunicarme 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 309 378 0542 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 tomada el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial y mi nombre con resultados, igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, lo que evita compromete la confidencialidad.

Este documento se firma a los 23 días del mes de 08 del año 24

Marina epiayu

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: marina epiayu
Tipo y número de identificación: 24 745 052

Angelica Navarro

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Angelica Navarro
Tipo y número de identificación: 1124000 9448

7. Datos de la primera prueba Fecha (prueba rápida y entrega de resultados): 2024 : 08 : 23

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
VIH	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Rápida ◯ Elisa ◯ Western blot	[illegible]	0582025	2026 : 10 : 16
Sífilis	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Rápida ◯ Elisa			
Hepatitis B	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Rápida ◯ Elisa			
Hepatitis C	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Rápida ◯ Elisa			

8. Datos de la prueba confirmatoria (Fecha prueba rápida y entrega de resultados): / /

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
VIH	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Elisa ◯ Western blot			/ /

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre: Eliana Mendoza | Cargo: Gestor | Cédula: 1126239033

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RAPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

Los datos son confidenciales

Para los datos personales registrados en este formato se garantiza su confidencialidad de acuerdo a la LEY 1581/12 y demás normas aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1 Departamento: La Guajira

1.5 Tipo de lugar de la actividad: Asentamiento

1.2 Municipio: Maicao

1.6. Lugar de la actividad:

1.3. Localidad/comuna:

1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio

1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Ovidio Mella

AID For AIDS

2. Datos de residencia del usuario

2.1. Departamento: La Guajira

2.3. Localidad/comuna:

2.2 Municipio: Maicao

2.4. Barrio: Alto Grado

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1 Tipo de documento: ○ RC ○ TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SD ⊘ DNI ○ PEP

3.2 Numero de identificación: 28477138

3.3 Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3 Segundo apellido
Franchesca		Espinoza	

3.4. Caracterización persona atendida

○ INDÍG ○ ROM ○ AFRO ○ RAI ○ HC ○ ESR ○ PPL ○ LTS ⊘ MIGRANTE

○ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO ○ LGBTI ○ DESPLAZ ⊘ POB GENERAL ○ TP País de procedencia: Venezuela

3.5 Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ⊘ Mujer ○ Intersexual

3.6. Fecha de nacimiento: 1997 | 12 | 02

3.6.1 Edad en años cumplidos: 27

3.7 ¿Vinculado al sistema de salud? ○ SI ⊘ NO

3.7.1. ¿En cuesta SISBEN? ○ Y ⊘ ND ○ NO SABE

3.8 Regimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Excepción ○ No afiliado al sistema de seguridad social para PPL

3.8.1. Nombre de la aseguradora

3.9 Presenta algunos de estos síntomas? ○ Sin ○ Fiebre ○ Sudoraciones nocturnas ⊘ No presenta ninguno ○ Otros ¿Cuál? ○ Pérdida de peso

4. ¿Que (Cuál) lo motivo a realizarse la prueba?

○ Asistió a una jornada educativa ○ Servicio de salud IPS/ESE ○ Asesoría pariente ○ Líder de la sociedad civil

⊘ Motivación propia ○ Resultado negativo ○ Información virtual/ Redes sociales ○ amigos

5. Cantidad de condones recibidos

6. Institución de salud, ruta de atención.

Observaciones

Tipo de Tratamiento: ○ Inicio ○ Falla ○ Falla de Segunda ○ Falla de Tercera ○ Otro ¿Cuál?

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

Para los datos personales registrados en esta formación se garantiza confidencialidad de la información según Ley 1266 de 2008 - 1581 de 2012 y demás normas del sector

Yo Francisca Elvira Velasquez identificado con DNI No 22447138 declaro que he leído y se me ha dado a conocer información sobre el Consentimiento Informado que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficio de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y los riesgos y molestias asociados, excepción de inoculaciones, 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 antes la 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 existen algunas pruebas presuntivas(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 simultánea para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con alguno. Para Sífilis y Hepatitis me direccionaron de acuerdo con la ruta de atención del prestador. Recibí información SI (✓) NO ( )

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

Entiendo y estoy de que mis datos serán 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 (al ZGPI 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 304 278 7432 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 tomada el examen. Así mismo me han explicado(a) que toda información generada con el proceso de consejería, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, solo serán 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 23 del mes de 08 del año 24

Francisca Elvira — Angelica Navarro

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Francisca Elvira
Tipo y número de identificación: 22447138

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Angelica Navarro
Tipo y número de identificación: 1126400448

7. Datos de la primera prueba — Fecha prueba rápida: entrega de resultado: 2024 08 23

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
VIH	(✓) Reactivo ( ) No reactivo	(✓) Rápida ( ) Inmunoensayo	INSTY WELLFOUND	24DH0554	2026 10 15
Sífilis	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Rápida ( ) Inmunoensayo			
Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Rápida ( ) Inmunoensayo			
Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Rápida ( ) Inmunoensayo			

8. Datos de la prueba confirmatoria — Fecha prueba rápida y/o Hisopo de resultado: ___ ___ ___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Rápida ( ) Inmunoensayo			

9. Datos de quién realiza la prueba

Nombre: Eliana Mendoza Firma: Emm Nro. 1126239033

FORMA 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Numero de formulario

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: La Guajira
1.2. Municipio: Maicao
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Ovidio Mejia
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Asentamiento
1.6. Lugar de la actividad:
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: AID For AIDS

2. Datos de residencia del usuario

2.1. Departamento: La Guajira
2.2. Municipio: Maicao
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio: Ovidio Mejia

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SC ⊘ DNI ○ PEP
3.2. Número de identificación: 22.583.472
3.3.1. Primer nombre: Walter
3.3.2. Segundo nombre: Jose
3.3.3. Primer apellido: Herrera
3.3.4. Segundo apellido:

3.4. Caracterización persona atendida

○ Gestante ○ Trans ○ HSH ○ PS ○ PPL ○ PSH ○ PPL ○ TS ⊘ MIGRANTE
○ VÍCTIMA DEL CONF. A FO ARMADO ○ SPA ○ RESGUARDO ⊘ POB GENERAL ○ LB *País de procedencia: Venezuela

3.5. Sexo asignado al nacer: ⊘ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 2007 | 11 | 02
3.6.1 Edad en años cumplidos: 23
3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ○ SI ⊘ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ⊘ NO ○ NO SABE
3.8. Régimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora:
3.8.2. Ficha de atención en salud para PPL ○ Extranjero
3.9. ¿Presenta algún síntoma actual? ○ Tos ○ Fiebre ○ Sensación febril ○ Dificultad respiratoria ○ Dolor IRS ○ Pérdida de peso ○ Otros síntomas (Diligencie los síntomas cuales)

4. ¿Cuál (cuáles) fue el motivo o razón para no realizarse la prueba?

○ No cumplía con la edad ○ Servicio de salud IPS/ESE ○ Ausencia positiva ○ Edad de la población ○ Otro
⊘ No aceptó la prueba ○ Ausencia negativa ○ Población virtual/Redes sociales ○ Ninguno

5. Cantidad de condones repartidos:

6. Institución de salud, ruta de atención:

Observaciones:

Tipo de financiamiento: ○ Fondo Mundial ○ Recursos Locales ⊘ Donaciones ○ Financiamiento Diferenciado ○ Recursos propios del usuario ○ Otro (cuál)

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

Para los casos particulares regulados en este formato se garantiza la confidencialidad de los servicios ofrecidos en la ESE Usaquén - Red Norte - Subred Integrada de Servicios de Salud.

Yo Walter Herrera identificado(a) con DNI No. 22583972 de Venezuela declaro que he sido informado(a) sobre el Consentimiento Informado para conocer 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 especializada 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(s), 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 orientaron de acuerdo con la ruta de atención al paciente. **Recibí información SI (✓) NO ( )**

También permito que este(a) asesor(a) de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me puedan contactar, para brindar mayor información 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 salud -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 acepto SI (✓) NO ( ) que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme y mi EAPB o la institución que realice 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 320 477 7242 o mi correo electrónico es _____

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomada el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que esta 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 reportado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 23 del mes de 08 del año 24.

Walter H. — Angelica Navarro

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Walter Herrera
Tipo y Número de identificación: 22583972

Firma del asesor
Nombre y Apellido: Angelica Navarro
Tipo y Número de identificación: 1124009948

7. Datos de la primera prueba Fecha de toma de muestra (aaaa-mm-dd): 2024-08-23

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
✓ VIH	○ Reactivo ✓ No reactivo	✓ Anticuerpos ○ Antígeno/anticuerpo combinado	HIV/SYPHILIS CARD TEST	2024	10 16
✓ Sífilis	○ Reactivo ✓ No reactivo	✓ Anticuerpos			
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Antígeno			
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria Para casos reactivos en la prueba inicial

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos ○ Antígeno/anticuerpo combinado			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre: Elvis Mendoza Firma: Emm Número de identificación: 1126239033

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

Para los datos personales registrados en este formato se garantiza la confidencialidad de la información protegida por la Ley 1266/08 - Ley 1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Alberto Fernandez identificado con DNI
con 32452.742 de Venezuela certifico que he leído o me han leído el presente consentimiento informado sobre el objeto, alcance, los aspectos relacionados con el propósito y condiciones de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y los riesgos y entiendo su contenido, alcances y 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 actuar o reforzar mi comportamiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informa que éste(s) examen(es) prueba(n) la(s) enfermedad(es) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de serun resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba confirmatoria para confirmar el diagnóstico y que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al respecto. Recibí información SI ( ) NO ( )

Declaro con esto que estoy de acuerdo con que la persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o con 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 capacitación y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud -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 pulso 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 329 322 9229 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 tomada la muestra. Adicionalmente he sido informado(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 consentimiento se firma el día 23 del mes de 08 de año 24

Alberto Fernandez
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Alberto Fernandez
Tipo y número de identificación: 32452.742

Angelica Naranjo
FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Angelica Naranjo
Tipo y número de identificación: 1124094948

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida (día/mes/año): 2024 | 08 | 23

Prueba	Resultado	Tipo de prueba rápida realizada	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
VIH	Reactivo / No reactivo	Determinar / Otro cual?	BIOSYNEXIS	0519045538	2024 | 10 | 16
Sífilis	Reactivo / No reactivo	Determinar / Otro cual?			
Hepatitis B	Reactivo / No reactivo	Determinar / Otro cual?			
Hepatitis C	Reactivo / No reactivo	Determinar / Otro cual?			

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha prueba rápida (día/mes/año):

Prueba	Resultado	Tipo de prueba rápida realizada	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
VIH	Reactivo / No reactivo	Determinar / Otro cual?			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre: Gloria Mendoza | Cargo: GM | Cédula: 1176239053

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

Nacional

Para las actividades realizadas en el marco de la misma se garantiza su confidencialidad en los términos de la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y demás normas aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: La Guajira
1.2. Municipio: Maicao
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Comunidad Oasis
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Asentamiento
1.6. Lugar en la actividad:
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: AID FOR AIDS

2. Datos de residencia del usuario.

2.1. Departamento: La Guajira
2.2. Municipio: Maicao
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio: Comunidad Oasis

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SD ● DNI ○ PEP
3.2. Número de identificación: 22134069
3.3. Primer nombre: Carlos | 3.3.1. Segundo nombre: Eduardo | 3.3.2. Primer apellido: Hernandez | 3.3.3. Segundo apellido: Gonzalez
3.4. Caracterización persona atendida
○ DSH ○ HSH ○ HO ○ TS ○ HC ○ LGBG ○ PPL ○ ITS ● MIGRANTE
○ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO ○ SPA ○ GESTANTE ● POB. GENERAL ○ TB País de procedencia: Venezuela
3.5. Sexo asignado al nacer: ● Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 2000 | 10 | 01
3.6.1. Edad en años cumplidos: 23
3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ○ SI ● NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ● NO ○ NO SABE
3.8. Régimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora:
3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ● Pérdida de peso sin razón aparente ○ Diarrea ○ Pérdida de peso ○ Ninguno de los anteriores

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

● Remisión a una jornada educativa ○ Servicio de salud IPS/ESE ○ Actividad pedagógica ○ Líder de la población LGBTI
○ Iniciativa propia ○ Autotest negativo ○ Información en redes sociales ○ Amigos/a

5. Canalización de condones recibidos

6. Institución de salud, ruta de atención.

Observaciones

Tipo de financiamiento: ○ Fondo Mundial ○ Recursos nacionales ● Cooperación ○ Fondo Nacional de Financiamiento ○ Aportes propios del usuario ○ Otro ¿cuál?

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

Para los datos personales registrados en este formato su confidencialidad está en los términos previstos en la Ley 1581 de 2012 y demás normas aplicables.

Yo Carlos Eduardo Hernandez Lopez identificado(a) con DNI 1.136.409.669 de Puerto Tejada autorizo que se me tome la muestra sanguínea. Conozco el procedimiento que van a realizar, los alcances, riesgos, beneficios y limitaciones de la prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y los riesgos y entiendo su contenido, incluyendo las circunstancias beneficiosas y riesgos de la misma.

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

Que me realicen la(s) prueba(s) PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a)) para preparar(me) y actuar o reforzar mi conocimiento con relación a creencias y conductas, antes de realizarme la prueba rápida, en este espacio también se me informó que la(s) misma(s) prueba(s) preventiva(s) que indican; la posibilidad de estar infectado(a) con V.H. Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VH es posible que me realicen una segunda prueba confirmatoria para confirmar el diagnóstico o que me direccionen a 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 manejo al prestador. **Recibí información SI ( ) NO ( )**

Manifiesto que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y almacenamiento de prueba rápida en mi EPS me pueda contactar para brindar asesoría pretest y programar la 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 salud -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.**

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de confidencialidad y de protección de datos personales de la Entidad SI ( ) NO ( ) y acepto 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 ofrecer 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 consejería, 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.

Para constancia de lo anterior, el día 28 del mes de 08 del año 24

Carlos Hernandez	Angelica Navarro
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Carlos Hernandez	Nombre y Apellido: Angelica Navarro
Tipo y número de identificación: 22134069	Tipo y número de identificación: 1.136.209.448

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida y entrega de resultados: 28/08/24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Inmunoensayo ( ) Aglutinación	HIV/Syphilis Duo	ADJH25A	2026 10 16
Sífilis	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Inmunoensayo ( ) Aglutinación			
Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Inmunoensayo ( ) Aglutinación			
Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Inmunoensayo ( ) Aglutinación			

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

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Inmunoensayo ( ) Aglutinación			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre: Elianis Madera | Sexo: F M | Cédula: 1.126.239.033

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

Para los datos personales registrados en esta hoja Usted se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la Ley 1266/08 - 1712/09 - 1581/12 y demás normas aplicables

Yo Manuela Gaviria 6007863 identificado(a) con DNI
de Las Brisas Municipio reconozco que he sido informado sobre el contenido del presente consentimiento que contiene los aspectos relacionados con el diagnóstico y beneficios de tipo preventivo, su interpretación, sus implicaciones y su riesgo, y en virtud de lo anterior, incluyendo los limitantes, 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 mi pre-prueba (entrevista realizada por un asesor(a) confidencial para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a practicas y conductas antes de realizarme la prueba rápida), en este sobre lo cual se me informó que existe(n) (la)(las) prueba(s) presuntiva(s) que indican(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 confirmatoria 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 direccionaron me 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 de mi EPS me pueda contactar, para brindar apoyo a la ruta y 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 (X) **Acepto asistencia y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud 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 (X) y autorizo SI ( ) NO ( ) Que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (a 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 requerir 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 tomada la muestra. Adicional mente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba rápida 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.

Esta declaración se firma el día 28 del mes de 05 del año 24

Manuela — Angelica Navarro

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Manuela Gaviria
Tipo y número de identificación: _____

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Angelica Navarro
Tipo y número de identificación: Cedula 1126.009.446

7. Datos de la primera prueba — Fecha de prueba rápida y entrega de resultado: 28/05/2024

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	(X) Prueba rápida ( ) Otra cual	HIV/Syphilis Duo	0000	AGO 2026
(X) Sífilis	( ) Reactivo (X) No reactivo	(X) Prueba rápida ( ) Otra cual			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Prueba rápida ( ) Otra cual			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Prueba rápida ( ) Otra cual			

8. Datos de la prueba confirmatoria — Fecha de toma de muestra y entrega de resultado: ___/___/___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Prueba rápida ( ) Otra cual			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre: Elyais Mendoza Cargo: EM Código: 1126.239.033

6.22
2.115
1.2

FORM 7. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

Versión

Para los datos personales registrados en este formato se garantiza la confidencialidad de los mismos previstos en la Ley 1346/08 - 1581/12 y demás normas aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: La Guajira
1.2. Municipio: Maicao
1.3. Tipo de lugar de la actividad: Establecimiento
1.4. Localidad/comuna:
1.5. Barrio donde se realiza la actividad: Comunidad Wayuu
1.6. Lugar de la actividad:
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ATU FOR ATOS

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: La Guajira
2.2. Municipio: Maicao
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio: Comunidad Wayuu

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ○ CE ○ PA ○ CD ○ SC ● DNI ○ PEP
3.2. Número de identificación: 2534502B

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Manuela		Epiayu	Gonzalez

3.4. Caracterización persona atendida

○ INSR ○ TRANS ○ PPL ○ CIS ○ HSH ○ LGBI ○ PPL ○ TS ● MIGRANTE
○ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO ○ SPA ○ GESTANTE ● PAÍS GENERAL ○ TB Pais de procedencia: Venezuela

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ● Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 2001/04/12
3.6.1 Edad en años cumplidos: 22
3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ○ SI ● NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ● NO ○ No sabe
3.8. Régimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Excepción ○ Entidad de Atención en Salud para PPL
3.8.1. Nombre de la aseguradora:
3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Dificultad respiratoria ● Dolor de garganta ○ Dificultad para respirar ○ Pérdida de peso
○ Ninguno de los anteriores

4. ¿Qué (Quien) lo motivó a realizarse la prueba?

● Actividad de promoción y educación ○ Servicio de salud (IPS, ESE) ○ Rumores positivo ○ Líder de la comunidad
○ Búsqueda activa ○ Accidente laboral ○ Información a través de medios masivos ○ Amigos

5. Cantidad de condones recibidos

6. Institución de salud, ruta de atención

Observaciones

Tipo de financiamiento: ○ Recurso Ámbar ○ Recursos Sociales PPL ● EPS Contributivo ○ Red Nacional de Laboratorios ○ Recursos propios del usuario ○ Otro ¿Cuál?

FORM 7 REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

Para los datos solicitados regulados en este formato se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la Ley 1266/08 - 1581/12 y demás normas aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: La Guajira
1.2. Municipio: Maicao
1.3. Localidad/corregimiento:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Comunidad Oreo
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Asentamiento
1.6. Lugar de la actividad:
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: AIP FOR AIDS

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: La Guajira
2.2. Municipio: Maicao
2.3. Localidad/corregimiento:
2.4. Barrio: Comunidad Oreo

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SD ● DNI ○ PEP
3.2. Número de identificación: 31562936
3.3. Primer nombre: Luis
3.3.1. Segundo nombre:
3.3.2. Primer apellido: Chirino
3.3.3. Segundo apellido:
3.4. Caracterización persona atendida: ○ INSH ○ TRANS ○ HSH ○ VS ○ PPL ○ HSC ○ LGBTI ○ GESTANTE ○ SOLICITA CERTIFICADO ○ PM ○ GESTANTE ● POB. GENERAL ○ TB
País de procedencia: Venezuela
3.5. Sexo asignado al nacer: ● Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1991/12/14
3.6.1. Edad en años cumplidos: 32
3.7. ¿Vinculado(a) al sistema de salud? ○ SI ● NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ● NO ○ NO SABE
3.8. Régimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Persona privada de la libertad por INPEC ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora:
3.9. Presencia alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ● Ninguno de los anteriores ○ Otras ITS ○ Pérdida de peso ○ Ninguno de los anteriores (no tiene síntomas)

4. ¿Qué (Quién) le motivó a realizarse la prueba?

● Búsqueda activa comunitaria ○ Servicio de salud IPS/ESE ○ Resultado positivo ○ Líder de la OSC o comunidad ○ Vecino(a) o amigo(a) ○ Familiar ○ Información en medios/Redes sociales ○ Amigo(a)

5. Cantidad de condones recibidos

6. Institución de salud, ruta de atención

Observaciones:

Tipo de financiamiento: ○ Presupuestal ○ Recursos propios PCD ○ Cooperación ○ Fondo mundial de la tuberculosis ○ Recursos propios de usuario ○ Privado

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

Para los casos particulares reportados en este formato se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la Ley [illegible]

Yo Luis Chicaiza identificado con CC No 3156936 de Bogotá declaro que he recibido información sobre el tratamiento 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 la información, he preguntado 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 preservarme y actuar a salvaguardar mi consentimiento con relación a practicas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que existen algunas(s) 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 confirmatoria para confirmar el diagnóstico y que mi atención en el servicio de salud en capsula no contar con esta clase de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionaran 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 mayor información sobre el programa de atención integral y/o iniciar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y me acerque a los servicios de salud. SI ( ) NO (X) **Acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud - EPS, para el 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 (X) y autorizo SI ( ) NO (X) que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme la 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 [illegible] o mi correo electrónico [illegible]

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 he manifestado que toda información generada del proceso de consejería, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado a Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día 18 del mes de 08 del año 24

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Luis Chicaiza
Tipo y numero de identificación: 3156936

FIRMA DEL ASESOR: Angelica Navarro
Nombre y Apellido: Angelica Navarro
Tipo y numero de identificación: 1.124.229.445

7. Datos de la primera prueba (Incluir consecutivo numérico en caso de reactividad) 2724082481

Prueba	Resultado	Tipo de prueba rápida usada (detección)	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
VIH	(X) Reactivo ( ) No reactivo ( ) Indeterminado	( ) Combinada ( ) Anticuerpos ( ) Antígeno/Anticuerpo	Hemoprueba	GHD1003	10/26
Sífilis	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Treponémica ( ) No treponémica			
Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo ( ) Indeterminado	( ) Antígeno de superficie ( ) Anticuerpo			
Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo ( ) Indeterminado	( ) Anticuerpo			

8. Datos de la prueba confirmatoria (Una prueba por fila y marque con X) [illegible]

Prueba	Resultado	Tipo de prueba confirmatoria usada	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Inmunoblot ( ) Inmunofluorescencia indirecta			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre: Elsa Medina Firma: [signature] Cargo: 1126 259 033

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

Yo Kelber Alexis Gonzalez Galvan identificado(a) con DNI 26359711 de Venezuela, declaro que he recibido información sobre el Consentimiento Informado que contiene los aspectos relacionados con el procedimiento y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y los riesgos 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 creencias, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que existen pruebas(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 VPI es posible que me tomen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en pro de no contar con esta ante la de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionen de acuerdo con la ruta de atención al portador. **Recibí información SI (✓) NO ( )**

Teniendo en cuenta 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 consejería y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de mi(s) 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 requerir 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 tomada el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba rápida y acompañamiento es confidencial tal 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 28 del mes de 08 del año 24

Kelber V

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Kelber Gonzalez
Tipo y número de identificación: 26359711

Angelica Navarro

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Angelica Navarro
Tipo y número de identificación: Cedula 1.126.029.648

7. Datos de la primera prueba — Fecha prueba (día/mes/año): 28/08/2024

Prueba	Reactivo	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
VIH	( ) No reactivo (✓) Reactivo	(✓) Rápida ( ) Elisa	VIH/Syphilis/Dengue	24HIV0554	Dec 10 26
Sífilis	( ) No reactivo ( ) Reactivo	( ) Rápida ( ) Elisa			
Hepatitis B	( ) No reactivo ( ) Reactivo	( ) Rápida ( ) Elisa			
Hepatitis C	( ) No reactivo ( ) Reactivo	( ) Rápida ( ) Elisa			

8. Datos de la prueba confirmatoria — Fecha prueba (día/mes/año):

Prueba	Reactivo	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
VIH	( ) No reactivo ( ) Reactivo	( ) Rápida ( ) Elisa			

9. Datos de quien realiza la prueba

Elianis Montoya EM CC 1.126.234.033

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

Para los datos personales registrados en este formato se garantiza la confidencialidad de los mismos previstos en la LEY 1266/08 - 1581/12 y demás normas aplicables

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: La Guajira — 1.5. Tipo de lugar de la actividad: Acordamiento

1.2. Municipio: Maicao — 1.6. Lugar de la actividad:

1.3. Localidad/comuna: — 1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: AID FOR AIDS

1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Comunidad Ouro

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: La Guajira — 2.3. Localidad/comuna:

2.2. Municipio: Maicao — 2.4. Barrio: Comunidad Ouro

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SD ● DNI ○ PEP

3.2. Número de identificación: 26852711

3.3.1. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.2. Segundo apellido
Keiber	Alberto	Gonzalez	Galvan

3.4. Caracterización persona atendida

○ Indíg. ○ TRANS ○ P.D ○ VIC ○ PPL ○ JER ○ PPL ○ ITS ● MIGRANTE

○ VÍCTIMA DEL CONFLICTO armado ○ SPA ○ GESTANTE ● OTRO GENERAL ○ TB País de procedencia: Venezuela

3.5. Sexo asignado al NACER: ● Hombre ○ Mujer ○ Intersexual — 3.6. Fecha de nacimiento: 1997/12/19 — 3.6.1 Edad en años cumplidos: 26

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ○ Sí ● NO — 3.7.1 ¿Encuesta SISBÉN? ○ SI ● NO ○ NO SABE

3.8. Régimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Excepción ○ Fuerzas Armadas en Misión de Paz — 3.8.1. Nombre de la aseguradora

3.9. Presenta algún(o) de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ● Pérdida de peso ○ Otros ITS ○ Pérdida de peso ○ Ninguno (Describir cuáles)

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba? — **5. Cantidad de condones recibidos**

● Iniciativa propia/ educación ○ Servicios de salud IPS/PDSE ○ Actuales/ pasados ○ Líder de la comunidad ONG ○ Homosexual/ gay ○ Contacto negativo ○ Internet/Redes sociales ○ Amigos

6. Institución de salud, ruta de atención. — Observaciones:

Tipo de financiamiento: ○ Fondo mundial ○ Recursos locales PIC ● Otros Cooperantes ○ Fondos Nacionales de Cooperantes ○ Recursos propios del usuario ○ Mixto (cuál)

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

Versión

Los datos personales registrados en este formulario se gestionan de acuerdo con lo establecido en la Ley 1581/12 y demás normas aplicables

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: La Guajira — 1.4. Tipo de Lugar de la actividad: Asentamiento

1.2. Municipio: Maicao — 1.5. Lugar de la actividad: _____

1.3. Localidad/Comuna: _____ — 1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: _____

1.6. Barrio donde se realiza la actividad: Comunidad Ococo — ATD FOR AIDS

2. Datos de residencia del usuario

2.1. Departamento: La Guajira — 2.3. Localidad/Comuna: _____

2.2. Municipio: Maicao — 2.4. Barrio: Comunidad Ococo

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SD ● DNI ○ PEP

3.2. Número de identificación: 84074086

3.3. Primer nombre: Carlos — 3.3.1. Segundo nombre: _____ — 3.3.2. Primer apellido: Zambrano — 3.3.3. Segundo apellido: Hernandez

3.4. Caracterización persona atendida

○ HSH ○ TRans ○ HC ○ TS ● MC ○ LBTI ○ PPL ○ TIS ○ MIGRANTE*

○ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO ○ SPA ○ GESTANTE ● PPL GENERAL ○ TB *País de procedencia: Venezuela

3.5. Sexo asignado al nacer: ● Femenino ○ Masculino ○ Intersexual — 3.6. Fecha de nacimiento: 1975/03/30 — 3.6.1. Edad en años cumplidos: 49

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ○ SI ● NO — 3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ● NO ○ NO SABE

3.8. Régimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de previsión social para FFPP ○ Excepción — 3.8.1. Nombre de la aseguradora: _____

3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ● Ninguna de las anteriores ○ Otros TTS ○ Pérdida de peso

○ Otros (enfermedades respiratorias, dolor muscular)

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

● Charla o una jornada educativa ○ Servicio de salud IPS/ESE ○ Autoexamen positivo ○ Líder de la comunidad cercana

○ Invitación propia ○ Autoexamen negativo ○ Información virtual/ Redes sociales ○ Amigo/a

5. Cantidad de condones recibidos: _____

6. Institución de salud, ruta de atención. — Observaciones

Tipo de financiamiento: ○ Fondo Mundial ○ Recursos locales ● Cooperación ○ Fondo Regional de Cooperación ○ Recursos propios del usuario ○ Otro ¿cuál? _____

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

Para los casos aplicables, la información del usuario se guardará y tratará conforme a la ley [illegible] y demás normas aplicables.

Yo Carlos Zambrano Hernandez identificado con DNI. 34074086 de Chiclayo manifiesto que he sido informado(a) sobre el Consentimiento Informado que contempla 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 practicas y conductas, antes de realizarme la prueba rapida), en este espacio Entiendo se me informa que existe el(los) prueba(s) presuntiva(s) que indicaría 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 y que me direccionen al servicio de salud en que debo contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me darán consejería de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI (✓) NO ( )**

Teniendo en cuenta lo anterior, de acuerdo con que mi 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 salud -EPS, para el 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 el resultado, para que puedan contactarme mi EAPB o la institución que realice la prueba rápida para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de requerir 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. Autorizo voluntariamente la realización(es) 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.

Para constancia se firma el día 28 del mes de 03 del año 24

Carlos Zambrano H. — FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Carlos Zambrano
Tipo y número de identificación: 34074086

Angelica Navarro — FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Angelica Navarro
Tipo y número de identificación: 1.126.229.448

7. Datos de la primera prueba — Fecha (día/mes/año) y hora de resultado: 28/03/2024

Prueba	Resultado	Casa comercial de la prueba	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
VIH	○ Reactivo ✓ No reactivo ○ Indeterminado ○ No aplica	○ Abbott ○ Alere ○ Biosensor ○ Chembio ○ Diagnostic Automation ○ Otra	HIV 1/2 3.0	0A1H055A	2024 10 16
Sífilis	○ Reactivo ✓ No reactivo ○ Indeterminado ○ No aplica	○ Abbott ○ Alere ○ Biosensor ○ Chembio ○ Diagnostic Automation ○ Otra			
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo ○ Indeterminado ○ No aplica	○ Abbott ○ Alere ○ Biosensor ○ Chembio ○ Diagnostic Automation ○ Otra			
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo ○ Indeterminado ○ No aplica	○ Abbott ○ Alere ○ Biosensor ○ Chembio ○ Diagnostic Automation ○ Otra			

8. Datos de la prueba confirmatoria — Fecha prueba (día/mes/año) y hora de resultado: ___/___/___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba confirmatoria	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Inmunoblot ○ Inmunofluorescencia			

9. Datos de quien recibe la prueba

Nombre: Gilgois Montoya — Edad: 1 — Sexo: M — Cédula: 1.126.239.233

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

1. Localización de la actividad

1.1 Departamento: La Guajira
1.2 Municipio: Maicao
1.3 Localidad/comuna:
1.4 Barrio donde se realiza la actividad: Comunidad Oaro
1.5 Tipo de lugar de la actividad: Asentamiento
1.6 Lugar de la actividad:
1.7 Nombre de la institución/organización que presta el servicio: AID. FDR 4102

2. Datos de residencia del usuario

2.1 Departamento: La Guajira
2.2 Municipio: Maicao
2.3 Localidad/comuna:
2.4 Barrio: Comunidad Oaro

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1 Tipo de documento: ○ RC ○ TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SD ● DNI ○ PEP
3.2 Número de identificación: 22040553
3.3.1 Primer nombre: Katherin
3.3.2 Segundo nombre:
3.3.3 Primer apellido: Estrada
3.3.4 Segundo apellido: Villegas
3.4 Caracterización persona atendida
○ Gestante ○ TRANS ○ PPL ○ TS ○ INC ○ LGBTI ○ PPL ○ HSH ● MIGRANTE
○ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO ○ SRA ○ CAMPESINO ● POBL. GENERAL ○ HSH País de procedencia: Venezuela
3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ● Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1993/9/13
3.6.1 Edad en años cumplidos: 30
3.7 ¿Vinculado al sistema de salud? ○ SI ● NO
3.7.1 ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ● NO ○ NO SABE
3.8 Régimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Excepción ○ Población pobre no asegurada sin SPSS para PPL
3.8.1 Nombre de la aseguradora:
3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ● Dificultad para respirar ○ Dolor de cabeza ○ Pérdida de peso
○ Ninguno de los síntomas anteriores (prueba rápida)

4. ¿Qué (Quién) la motivó a realizarse la prueba?
● Iniciativa propia ○ Servicio de salud PPL/ESE ○ Acceso positivo ○ Líder de la sociedad civil
○ Invitación amiga ○ Resultado negativo ○ Información verbal/ redes sociales ○ Amenaza

5. Cantidad de condones recibidos:

6. Institución de salud, ruta de atención:

Observaciones:

Tipo de financiamiento: ○ Fondo Mundial ○ Recursos locales PIC ● Otros (especificar) ○ Fondo Nacional de Cooperación ○ Recursos propios del usuario ○ Otro ¿Cuál?

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

Para los datos personales registrados en este formato prevalecerá lo normado en la Ley 1581 de 2012 y demás normas aplicables.

Yo Kathia Estrada Villegas identificado(a) con CC mi edad 553 vecino(a) de Valledupar expresa que he leído o se me ha dado información sobre el procedimiento, incluyendo los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la prueba, 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 auxiliar/a certificado/a) para prepararme y educar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida, en este espacio también se me informó que estaré(n) expuesto(a) a que indique(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 soliciten una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en donde voy contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención el prestador. **Ayuda Información SI (✓) NO ( )**

También acepto que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad me realizó la toma y lectura de la prueba de manera confidencial, para brindar asesoría sobre el esquema de atención integral y/o realizar 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 contributario y/o Instalación de salud -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 en la IPS SI ( ) NO (✓) que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (a) 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 tomada 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 28 del mes de 08 del año 24

Katerin E.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Kathia Estrada
Tipo y número de identificación: CC 22 200 553

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Angelica Navarro
Tipo y número de identificación: 1.124.022.448

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida y entrega de resultados: 28/08/24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para realizar	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	(✓) Rápida ( ) Confirmatoria	Uni-Gold Recombigen HIV	224	10/6
Sífilis	( ) Reactivo ( ) No reactivo	(✓) Rápida ( ) Confirmatoria			
Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Rápida ( ) Confirmatoria			
Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Rápida ( ) Confirmatoria			

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha prueba confirmatoria y entrega de resultados: ___/___/___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para realizar	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Confirmatoria ( ) Segunda prueba rápida			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre: Eliana Medina Cargo: EM Cédula: 1.126.238.033

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

[redacted]

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la Ley 1581 de 2012 y demás normas aplicables.

Yo Sandra Rodríguez Machado identificado(a) con DNI No 25 346 040 manifiesto que he leído o se me ha explicado el Consentimiento Informado que contiene los aspectos relacionados con el procedimiento y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y entiendo su contenido, así mismo los compromisos, beneficios y riesgos de su manejo.

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) con facultad para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a practicar y conocer, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que esta(s) 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 a un sitio 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 en 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 (✓) **acepta canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud - EPS, para mi acceso a los servicios de salud o pacientes.**

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 [redacted] o mi correo electrónico [redacted]

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 he realizado(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 28 del mes de 08 del año 24

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Sandra Rodríguez
Tipo y número de identificación: 25 346 040

FIRMA DEL ASESOR: Angelica Navarro
Nombre y Apellido: 1.12.4.009.448
Tipo y número de identificación:

7. Datos de la primera prueba Fecha de toma de muestra: 28/08/24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección de	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento		
(✓) VIH	( ) Reactivo (✓) No reactivo	(✓) Anticuerpos ( ) Antígeno/anticuerpo	HIV 1/2 3.0	24070554	2026	10	16
(✓) Sífilis	( ) Reactivo (✓) No reactivo	(✓) Anticuerpos					
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígeno					
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos					

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha de toma de muestra: ___/___/___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígeno/anticuerpo			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre: Gilmar Montoya | Cargo: GM | Cédula: 1126.239.033

632

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

Para los datos personales registrados en este formato se garantiza su confidencialidad bajo los términos previstos en la Ley 1581 de 2012 y demás normas aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1 Departamento: La Guajira
1.2 Municipio: Maicao
1.3 Localidad/comuna:
1.4 Barrio donde se realiza la actividad: Comunidad Arco
1.5 Tipo de lugar de la actividad: Asentamiento
1.6 Lugar de la actividad:
1.7 Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ALO FOR ATOS

2. Datos de residencia del usuario:

2.1 Departamento: La Guajira
2.2 Municipio: Maicao
2.3 Localidad/comuna:
2.4 Barrio: Comunidad Arco

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1 Tipo de documento: ○ RC ○ TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SD ● NN ○ PEP
3.2 Número de identificación: 25346040
3.3 Primer nombre: Samuel | 3.3.1 Segundo nombre: | 3.4 Primer apellido: Rodriguez | 3.5 Segundo apellido: Machado

3.4 Caracterización persona atendida
○ HSH ○ TRANS ○ PPL ○ HTS ○ HC ○ VSH ○ PPL ○ IFS ● MIGRANTE
○ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO ○ SIN ○ GESTANTE ● OTRA GENERAL ○ TB País de procedencia: Venezuela

3.5 Sexo asignado al nacer: ● Femenino ○ Hombre ○ Intersexual
3.6 Fecha de nacimiento: 1994 05 23
3.6.1 Edad en años cumplidos: 30

3.7 ¿Hace parte del sistema de salud? ○ SI ● NO
3.7.1 ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ● NO ○ NO SABE

3.8 Régimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Vinculado sin capacidad de pago ○ Excepción
3.8.1 Nombre de la aseguradora:

3.9 Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Dificultad respiratoria ● Disminución del olfato ○ Dificultad para respirar ○ Pérdida del gusto
○ Ninguno [Aplica solo para pruebas de COVID-19]

4. ¿Qué (Quien) lo motivó a realizarse la prueba?

● Actividad de búsqueda activa ○ Se acercó de su propia iniciativa ○ Autoridad sanitaria ○ Líder de la comunidad
○ Invitación de pares ○ Familiar referente ○ Información y/o material de medios masivos ○ Amigo/a

5. Cantidad de condones recibidos

6. Institución de salud, ruta de atención:

Observaciones

Tipo de financiamiento: ○ Presupuestal ○ Régimen subsidiado PIC ● Otra cooperación ○ Fondo nacional de prestaciones sociales ○ Recursos propios del usuario ○ Otro ¿Cuál?

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

Para los datos personales registrados en este formato (seguridad y confidencialidad de los mismos) ver artículo 4 LEY 1581/12 - 1377/13 y demás normas aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1 Departamento: La Guajira
1.2 Municipio: Maicao
1.3. Localidad/comuna:
1.4 Barrio donde se realiza la actividad: Centro Cristal Oeste
1.5 Tipo de lugar de la actividad: Asentamiento
1.6 Lugar de la actividad:
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: AID FOR AIDS

2. Datos de residencia del usuario:

2.1 Departamento: La Guajira
2.2 Municipio: Maicao
2.3. Localidad/comuna:
2.4 Barrio: Centro Cristal Oeste

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SD ⊘ DNI ○ PEP
3.2. Número de identificación: 26536746
3.3. Primer nombre: Stefanie | 3.3.1 Segundo nombre: Anais | 3.3.2. Primer apellido: Correa | 3.3.3 Segundo apellido: Manhel
3.4. Caracterización persona atendida
○ HSH ○ TRANS ○ PPD ○ IS ○ PL ○ LESB ○ PPL ○ PPI ✓ MIGRANTE
○ VIF Trabajo sexual comercializado ○ SPA ○ CESANTE ✓ POB. GENERAL ○ T2 País de procedencia: Venezuela
3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ✓ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1998 10 17
3.6.1 Edad en años cumplidos: 25
3.7. ¿Vinculado al sistema de salud? ○ SI ✓ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ✓ NO ○ NO SABE
3.8. Régimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Excepción ○ Ninguno de los anteriores, solo para PPL
3.8.1. Nombre de la aseguradora:
3.9. Presenta algún de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ✓ Ninguno de los anteriores ○ Diarrea ○ Pérdida de peso
○ Otros síntomas diferentes a los descritos (cuáles)

4. ¿Que (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?
✓ Asistió a una jornada educativa ○ Servicio de salud (IPS/ESE) ○ Auto-test positivo ○ Lado de la sociedad civil
○ Mensaje/campaña ○ Auto-test negativo ○ Información virtual/Redes sociales ○ Amigo/a

5. Cantidad de condones recibidos

6. Institución de salud, ruta de atención.

Observaciones

Tipo de financiamiento: ○ Contributivo ○ Recursos Locales PIC ✓ Otro (cooperación) ○ Fondo Nacional de Cooperación Int. ○ Recursos propios de usuario ○ Otro (cual)

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

Para los datos personales registrados en este formato se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la Ley 1266/08 - 1273/09 - 1581/12 y demás normas aplicables

Yo Stephanie Anais Correa Madrid identificado(a) con RNT No. 1.126.239.053 de Cúcuta manifiesto que he sido informado(a) de forma clara y comprensible sobre el Consentimiento Informado que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de esta prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo, y entiendo su contenido, aceptando los mismos, 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 consejería PREPRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y actuar o reflexionar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizar la prueba rápida), en este espacio también se me informó que éste(os) 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 a que me direccionen al servicio de salud en donde me contacten con este oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionaran 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 realizo la toma y lectura de la prueba de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnosticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud

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

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de confidencialidad y de protección de datos personales de la entidad SI ( ) NO (X) y autorizo SI ( ) NO (X) que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme mi EAPB o la institución que realizo 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 firmó el día 28 del mes de 05 del año 21

FIRMA DE QUIEN DARÁ CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Stephanie Correa
Tipo y número de identificación: TI 1126239053

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Angelica Navarro
Tipo y número de identificación: CC 1.126.209.448

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida y toma de muestra: 28/05/21

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
VIH	(X) Reactivo ( ) No reactivo	(X) Rápida ( ) Laboratorio clínico	HIV/Syphilis Duo	OBADHOSA	2024 05 16
Sífilis	(X) Reactivo ( ) No reactivo	(X) Rápida ( ) Laboratorio clínico			
Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Rápida ( ) Laboratorio clínico			
Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Rápida ( ) Laboratorio clínico			

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha prueba rápida y toma de muestra: ___/___/___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Rápida ( ) Laboratorio clínico			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre: Eliana Medina — EM — RNT: 1.126.239.053

635

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Numero de formulario

Secretaría de Salud

Para los casos positivos registrados en este formato se garantiza la confidencialidad de los datos previstos en la Ley 1581 de 2012 y demás normas aplicables

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: La Guajira
1.2. Municipio: Maicao
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Comunidad Oasis
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Asistencia
1.6. Lugar de la actividad:
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: AID FOR AIDS

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: La Guajira
2.2. Municipio: Maicao
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio: Comunidad Oasis

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ( ) RC ( ) TI ( ) CC ( ) PA ( ) CE ( ) SD (X) SIN ( ) PEP
3.2. Número de identificación: 22183230
3.3. Primer nombre: Miguel
3.3.1. Segundo nombre:
3.3.2. Primer apellido: Urdima
3.3.3. Segundo apellido: Hernandez

3.4. Caracterización persona atendida

( ) HSH ( ) MARS ( ) HO ( ) TS ( ) HC ( ) LESB ( ) PPL ( ) ITS (X) MIGRANTE
( ) VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO ( ) SW ( ) GESTANTE (X) POB GENERAL ( ) TB País de procedencia: Venezuela

3.5. Sexo asignado al nacer: (X) Hombre ( ) Mujer ( ) Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1993/02/01
3.6.1 Edad en años cumplidos: 34

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ( ) SI (X) NO
3.7.1. ¿Formula SISBEN? ( ) SI (X) NO ( ) No sabe

3.8. Regimen: ( ) Contributivo ( ) Subsidiado ( ) Especial ( ) Fuerzas de defensa en salud Cuerpo PPL ( ) Excepcion
3.8.1. Aseguradora de la seguridad social:

3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ( ) Tos ( ) Fiebre ( ) Sudoración nocturna (X) Pérdida de interes ( ) Diarrea ( ) Perdida de peso
( ) Otros síntomas diferentes (describa cuales)

4. ¿Que (Quien) lo motivó a realizarse la prueba?

(X) Material o ruta por parte educativa ( ) Servicio de salud diferente ( ) Amigos/ pareja ( ) Líder de la sociedad civil
( ) Motivación propia ( ) Entorno negativo ( ) Información y Medios de comunicación ( ) Otro ¿Cual?

5. Cantidad de condones recibidos:

6. Institución de salud, ruta de atención:

Observaciones:

Tipo de financiamiento: ( ) Contributivo ( ) Régimen especial ( ) Población migrante ( ) Cooperación internacional ( ) Otro ¿Cual?

636

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

[redacted]

Nota: Los datos personales registrados en este formato se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la Ley 1266/08 - 1273/09 - 1581/12 y demás normas aplicables

Yo, Miguel Vivas Hernández, identificado(a) con RUT 1.126.239.033 de Valledupar, autorizo que se me realice la prueba rápida para detección de VIH, Sífilis y Hepatitis B y C, previa información sobre el procedimiento, sus implicaciones y sus riesgos, y entiendo su contenido, incluyendo los beneficios, 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, recibida realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a pruebas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida, en este espacio también se me informó que esta(s) evaluación(es) prueba(s) presunta(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 soliciten una segunda prueba confirmatoria para continuar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud con el que deba contar con experiencia de servicios Para Sífilis y Hepatitis me direccionaron 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 apoyo a sobre el significado de ciertos resultados y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud. SI ( ) NO (X) **Acepto contactación y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.**

En caso y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad SI ( ) NO (X) y autorizo SI ( ) NO (X) 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 mis 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 se haya 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 28 del mes de 08 de año 24

MIGUEL

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO

Nombre y Apellido: Miguel Vivas

Tipo y número de identificación: 1126239033

Angelica Navarro

FIRMA DEL ASESOR

Nombre y Apellido: Angelica Navarro

Tipo y número de identificación: C.C. 1.124.029.405

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 28-08-2024

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
VIH	(X) Reactivo ( ) No reactivo	(X) Anticuerpos ( ) Antígeno/anticuerpo	HIV 1/2 3.0	2404008A	[redacted]
Sífilis	(X) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Treponémica (X) No treponémica			
Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígeno			
Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha prueba confirmatoria 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 ( ) Antígeno/anticuerpo			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre: Eliana Maestre Firma: [signature] Cargo: 1126239033

637
0454

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

(Número de formulario)

Para los datos personales registrados en este formato recuerde su condición de titular de los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y demás normas aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: La Guajira
1.2. Municipio: Maicao
1.3. Localidad/Corregimiento:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Comunidad Nuevo
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Asistencial
1.6. Lugar de la actividad:
1.7. Nombre de la institución o agrupación que presta el servicio: ASO JER AIDS

2. Datos de residencia del usuario

2.1. Departamento: La Guajira
2.2. Municipio: Maicao
2.3. Localidad/Corregimiento:
2.4. Barrio: Comunidad Nuevo

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ( ) RC ( ) TI ( ) CC ( ) PA ( ) CE ( ) SD (X) DNI ( ) PEP
3.2. Número de identificación: 23059784
3.3. Primer nombre: Nestor | 3.3.1. Segundo nombre: Jose | 3.3.2. Primer apellido: Epinayu | 3.3.3. Segundo apellido:
3.4. Caracterización persona atendida
( ) Gay ( ) Lesbiana ( ) Bisexual ( ) Trans ( ) Hetero ( ) Intersexual ( ) Otra, ¿cuál? (X) Ninguna
( ) Población migrante retornada ( ) Víctima del conflicto armado ( ) Gestante (X) Migrante ( ) Otra ¿cuál? Venezuela
3.5. Sexo asignado al nacer: (X) Mujer ( ) Hombre ( ) Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1999 05 23 | 3.6.1 Edad en años cumplidos: 25
3.7. ¿Vinculado(a) a alguna EAPB? ( ) Sí (X) No
3.7.1 ¿Encuesta SISBÉN? ( ) Sí (X) No ( ) No sabe
3.8. Régimen de afiliación: ( ) Subsidiado ( ) Especial ( ) Excepción ( ) Contributivo
3.8.1. Nombre de la aseguradora:
3.9. ¿Presenta alguno de estos síntomas? ( ) Tos ( ) Fiebre ( ) Dificultad para respirar (X) Ninguno ( ) Otro ¿cuál? ( ) Pérdida de peso

4. ¿Cuál (Cuáles) es el motivo a realizarse la prueba?

(X) Primera vez durante la gestante ( ) Inicio de control prenatal ( ) Control prenatal ( ) Tercer trimestre de gestación
( ) Antes del parto ( ) Resultado negativo ( ) Otro ¿cuál? Todas las veces ( ) Ninguno

5. Cantidad de condones recibidos

6. Institución de salud, ruta de atención

Observaciones:

Tipo de financiamiento: ( ) Contributivo ( ) Subsidiado (X) Régimen especial ( ) Población pobre no asegurada ( ) Población migrante ( ) Otro ¿cuál?

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

[redacted]

Para los datos personales registrados en este formato se garantizan la confidencialidad y la reserva previstas en la Ley 1266/08, 1581/12 y demás normas aplicables

Yo Nestor José Espinel identificado(a) con DNI de Los Patios Norte de Santander, recibido que he sido informado sobre el Consentimiento informado que contiene los aspectos relacionados con el objetivo y beneficios de las pruebas, la confidencialidad, sus limitaciones y su riesgo, y evidencio 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) entrenado(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 dicha(s) prueba(s) presuntiva(s) que indicaría 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 paciente. **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 nuevos pasos 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 mi EPS, para mi acceso a los servicios de salud y sociales.**

Entiendo y autorizo que mis datos sean grabados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad SI (X) NO ( ) y el programa SI (X) NO ( ) que pueden ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme mi EAPB o la institución que realice la prueba rápida para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y la previsión

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3219572891 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 consejería, 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 28 del mes de 05 del año 24

Angelica Navarro C

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Nestor Espinel
Tipo y número de identificación: CC 13259784

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Angelica Navarro
Tipo y número de identificación: 1126209448

7. Datos de la primera prueba — Fecha prueba rápida y/o lectura de resultado: 2024 | 8 | 28

Prueba	Resultado	Tipo de prueba rápida (RR)	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento		
VIH	Reactivo	Treponémica	HIV1/2 gpMultispot	0624W054	2026	10	16
Sífilis	Reactivo	Treponémica					
Hepatitis B							
Hepatitis C							

8. Datos de la prueba confirmatoria — Fecha prueba confirmatoria y/o lectura de resultado: ___ | ___ | ___

Prueba	Resultado	Tipo prueba confirmatoria	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
VIH	Reactivo / No reactivo	Molecular / Inmunoensayo			

9. Datos de quien realiza la prueba

Melanis Mendoza EM — C.C. 1.126.039.033

639

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

[redacted]

Para los datos personales registrados en este formato, la garantía de confidencialidad está en los términos previstos en la Ley 1266/08 - 1581/12 y demás normas aplicables

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: La Guajira
1.2. Municipio: Maicao
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Comunidad Wayuu
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Asentamiento
1.6. Lugar de la actividad:
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: AID FOR AIDS

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: La Guajira
2.2. Municipio: Maicao
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio: Comunidad Wayuu

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SC ● DNI ○ PEP

3.2. Número de identificación: 32467234

3.3.1. Primer nombre	3.3.2. Segundo nombre	3.3.1. Primer apellido	3.3.2. Segundo apellido
Lilia		Epiayu	Perez

3.4. Caracterización persona atendida

○ Gitano ○ Rrom ○ Raizal ○ Palenquero ○ NA ○ LGBTI ○ MSM ○ HSH ● MIGRANTE
○ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO ○ Sisa ○ GESTANTE ● GENERAL ○ HB País de procedencia: Venezuela

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual

3.6. Fecha de nacimiento: 1998 03 28

3.6.1 Edad en años cumplidos: 36

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ○ SI ● NO

3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ● NO ○ NR/NS/NR

3.8. Régimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Excepción ○ Fuerzas Armadas en salud con PPL

3.8.1. Nombre de la aseguradora:

3.9. ¿Presenta algún otro síntoma? ○ No ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ● Pérdida de peso ○ Otro ¿Cuál? ○ Tos ○ Diarrea ○ Ninguno

4. ¿Qué (Quien) lo motivó a realizarse la prueba?

● Voluntad propia/ Iniciativa ○ Servicio de salud - PSAT/SI ○ Amistad/ pares ○ Líder de la sociedad civil
○ Motivación propia ○ Consejero negativo ○ Información virtual/ Redes sociales ○ Amigxs

5. Cantidad de condones recibidos

6. Institución de salud, ruta de atención.

Observaciones

Tipo de financiamiento: ○ Fondo Mundial ○ Recursos de la ETV/PIC ● OTROS Cooperación ○ Fondo Nacional de la Especialización ○ Recurso propio del usuario ○ Otro ¿Cuál?

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

Yo Juliela Guzmán Perez identificado(a) con Dpto
En 32462234 de Maicao 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 los riesgos y entiendo su contenido, incluyendo los riesgos, 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 el(los) examen(es) que(los) voy a realizar(me) son pruebas(s) presuntiva(s) que indican(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo no es lo más 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 direccionan de acuerdo con la ruta de atención a prestador. **Recibí información SI ( ) NO ( )**

Declaro también 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 brindarme asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y el acceso a los servicios de salud SI ( ) NO (✓) **Acepto capacitación y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o pacientes.**

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 acepto SI ( ) NO (✓) Que puedan ser contactados con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (a) EAPB o la institución que realizo la prueba rápida para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número celular 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 tomada el examen. Adicionalmente he sido informado(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.

Leído y firmado el día 28 del mes de 08 del año 24

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Juliela Guzmán
Tipo y número de identificación: 32462234

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Angelica Navarro
Tipo y Número de Identificación: 1.124.029.048

Angelica Navarro

7. Datos de la primera prueba — Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 22/08/24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento: Año	Mes	Día
VIH	Reactivo	Rápida	HIV 1/2 3.0	24AD054	2026	10	6
Sífilis	No reactivo	Rápida					
Hepatitis B	No reactivo	Rápida					
Hepatitis C	No reactivo	Rápida					

8. Datos de la prueba confirmatoria — Fecha prueba rápida por laboratorio: ____

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
VIH	Reactivo / No reactivo	Rápida / Laboratorio			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre: Elias Medina | Cargo: EM | Cédula: 1.126.239.033

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

[redacted]

Ley 1581 de 2012 y demás normas concordantes. Se garantiza la confidencialidad de los datos personales en virtud de la [illegible] y demás normas aplicables.

Yo José Lamar Uriana con C.C. No. 12456209 de Maicao, certifico que 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 manejo, 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 se me dio asesoría Pre-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para acompañarme y acoger o retornar mi conocimiento en relación a prácticas y conductas. Antes de realizarme la prueba rápida, en este espacio también se me informó que existen algunas preguntas que indican la conveniencia de estar diferenciados 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 continuar 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 acepto que estoy de acuerdo con que mis datos de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar apoyo 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 (X) **Acepto realización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de sala - 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 (X) y entiendo SI ( ) NO (X) que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme mi EAPB o la institución que realice 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 3221562221 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 28 del mes de 08 del año 21

José U. — FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: José Uriana
Tipo y número de identificación: 12456209

Angelica Navarro — FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Angelica Navarro
Tipo y número de identificación: 1124009498

7. Datos de la primera prueba (Fecha prueba rápida y de carga de resultado) 28/08/21

Prueba	Resultado	Tipo de prueba rápida realizada	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Tercera generación ( ) Cuarta generación	ELISA		
SIFILIS	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Treponémica ( ) No treponémica	RAPIDO	10	6
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígeno ( ) Anticuerpo			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpo			

8. Datos de la prueba confirmatoria (Fecha prueba rápida y de carga de resultado) ___/___/___

Prueba	Resultado	Tipo de prueba confirmatoria realizada	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Inmunoblot ( ) Carga viral cuantitativa			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre: Elvis Mendoza — Firma: [signature] — Cédula: 1122639053

642

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

[redacted]

Para los datos personales registrados en este formato se garantiza su confidencialidad en los términos establecidos en la Ley 1266/08 - 1273/09 - 1581/12 y demás normas aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: La Guajira
1.2. Municipio: Maicao
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Lugar donde se realiza la actividad: Comidal Olaya
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Intramural
1.6. Lugar de la actividad:
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ATD FOR A-DAI

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: La Guajira
2.2. Municipio: Maicao
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio: Comidal Olaya

3. Datos de identificación de persona captante

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SC ● PPT ○ PEP
3.2. Número de identificación: 2245049
3.3.1. Primer nombre: JOSE
3.3.2. Segundo nombre: Ramon
3.3.3. Primer apellido: Oriana
3.3.4. Segundo apellido:
3.4. Caracterización persona atendida
○ HSH ○ TRANS ○ PPL ○ PFS ○ TMC ○ UCSB ○ PPL ○ ITS ● MIGRANTE
○ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO ○ SPA ○ GESTANTE ● POB GENERAL ○ TB *Tipo de procedencia: Venezuela
3.5. Sexo asignado al nacer: ● Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1995 | 9 | 12
3.6.1. Edad en años cumplidos: 28
3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ○ SI ● NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ● NO ○ NO SABE
3.8. Régimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Excepción ○ Población migrante sin acceso al sistema de salud ○ Entidad Territorial
3.8.1. Nombre de la aseguradora
3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ● Ninguno de los síntomas ○ Otros TB ○ Pérdida de peso
○ Ninguno de los síntomas (pero ha tenido)

4. ¿Qué (Quien) la motivó a realizarse la prueba?

● Iniciativa propia ○ Servicio de salud PPSRSE ○ Actividad pública ○ Líder de la comunidad
○ Recomendación pareja ○ Familiar negativo ○ Información virtual/ Redes sociales ○ Amigo/a

5. Cantidad de condones recibidos

6. Institución de salud, ruta de atención.

Observaciones

Tipo de financiamiento: ○ Fondo mundial ○ Recursos nacionales ● Otros Cooperantes ○ Fondo nacional de Organizaciones ○ Recursos propios del usuario ○ Otro (cual)

045

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

Minsalud

Para los datos personales registrados en este formulario se garantiza la confidencialidad de la información prevista en la Ley 1266/08 - Ley 1581/12 y demás normas vigentes.

1. Localización de la actividad

1.1 Departamento: La Guajira
1.2 Municipio: Maicao
1.3 Localidad/Comuna:
1.4 Barrio donde se realiza la actividad: Cerro
1.5 Tipo de lugar de la actividad: Asentamiento
1.6. Lugar de la actividad:
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: AMOR FOR AMOR

2. Datos de residencia del usuario

2.1. Departamento: La Guajira
2.2. Municipio: Maicao
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio:

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ( ) RC ( ) TI ( ) CC ( ) RL ( ) CE ( ) SD (X) CNT ( ) PEP
3.2. Número de identificación: 26659913
3.3.1. Segundo nombre: Keyla
3.3.2. Primer apellido: Mana
3.3.3. Segundo apellido: Gonzalez Fuenmayor

3.4. Caracterización persona atendida

( ) Niño ( ) Niña ( ) NNA ( ) Hombre ( ) Mujer ( ) LGBTI ( ) Hombre Gestante
( ) Mujer Gestante ( ) Mujer Lactante ( ) Adulto Mayor ( ) Persona con discapacidad ( ) Migrante Venezolano
Nacionalidad: Venezuela

3.5 Sexo al nacer: ( ) Femenino (X) Masculino ( ) Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1987 11 07
3.6.1 Edad en años cumplidos: 36

3.7 ¿Usuario afiliado al sistema de salud? (X) Sí ( ) No
3.7.1 ¿Encuentra SISBEN? ( ) Sí ( ) No ( ) NO SABE

3.8 Régimen: ( ) Contributivo ( ) Subsidiado ( ) Especial ( ) Excepción
3.8.1 Nombre de la empresa aseguradora

3.9 Presenta alguno de estos síntomas: ( ) Tos ( ) Fiebre ( ) Dificultad para respirar ( ) Malestar general ( ) Dolor de cabeza ( ) Ninguno de los anteriores

4. ¿Que (Quien) lo motivo a realizarse la prueba?

( ) Por su propia iniciativa o voluntad ( ) Servicio de salud IPS/ESE ( ) Autoridad sanitaria ( ) Líderes de la comunidad
( ) Medios de prensa ( ) Actividad regresiva ( ) Vacunación contra Fiebre Amarilla ( ) Otro ¿Cuál?

5. Cantidad de condones recibidos

6. Institución de salud, ruta de atención.

Observaciones

Tipo de tratamiento ( ) Convencional ( ) Pacientes con VIH ( ) Gestantes con ( ) Adherencia al tratamiento ( ) Reducción de daños ( ) Otro ¿Cuál?

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

[redacted]

Para los datos personales recolectados en este formato se garantiza la confidencialidad de acuerdo a lo establecido en la Ley 1266/08 - 1581/12 y demás normas relevantes

Yo Kayla Maria Gonzalez Urbaneja identificado(a) con CC
Declaro que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, por cada uno de los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de las pruebas, sus implicaciones, sus limitaciones y sus riesgos y entiendo lo señalado, y conozco las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma

Si acepto [ ] No acepto [ ] la realización de la prueba rápida: VIH SIFILIS Hepatitis B Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a)) para prepararme y actuar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizar mi(s) prueba rápida, en este espacio también se me informó que esta(s) existe(n) prueba(s) presuntiva(s) que indican(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo es posible que me realicen una segunda prueba más sensible para confirmar el diagnóstico y 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 a gestantes. **Recibí información SI [ ] NO [ ]**

También permito a que este y de acuerdo con sus 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 el acceso a los servicios de salud.
SI [ ] NO [ ] **Acepto orientación y seguimiento por parte del servicio consultorio y/o institución de salud -EPS, para mi acceso a los servicios de salud e 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 acepto 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 3128221352 o mi correo electrónico

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento previo a que me sea tomada el examen. Adicionalmente he sido informado(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 firmó el día 06 del mes de 06 del año 2021.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Kayla Gonzalez
Tipo y número de identificación: 2505413

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Angelica Nuevo
Tipo y número de identificación: 1 1142004998

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida y tiempo de resultado 2021 06 16

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre o referencia de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
VIH	Reactivo	Treponémica	BIOSYNTHETIC	0340555A	2021 10 16
Sífilis	Reactivo	No treponémica			
Hepatitis B	No reactivo	Antígeno			
Hepatitis C	No reactivo	Anticuerpo			

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha prueba rápida y tiempo de resultado

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre o referencia de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
VIH	Reactivo	Treponémica	Xpert HIV-1	MMHGTSP5323	2021 05

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre: Alexis Mendoza Cargo: Asesor Fecha: 2021 06 16

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

Yo Sayda Elizabeth Simanca Barjona identificado(a) con PPT
En calidad de usuario(a) manifiesto que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado que contiene la relación sobre el propósito y beneficios de esta prueba, su interpretación, sus ventajas, sus riesgos y autorizo su realización, reconozco 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 acompañarme y actuar o reforzar el conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida) en este espacio también se me informó que estas(o) pruebas(s) presentan(a) que tal vez(a) 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 deba realizar una segunda prueba confirmatoria para confirmar el diagnóstico y que me dirija a un 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 ( )

Teniendo en mi conocimiento y 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 procedimiento de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y me acerque a los servicios de salud SI (✓) NO ( ) acepto consejería y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud - EPS, para mi acceso a los servicios de salud o asesor.

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 celular de contacto es 3016544467 y 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 tomada el examen. Adicionalmente he sido 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

Para constancia se firma el día 28 del mes de 08 del año 24

Sayda — Angelica Alvarado

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Sayda Simanca
Tipo y número de identificación: PPT

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Angelica Alvarado
Tipo y número de identificación: T.I. 1.124.059.048

7. Datos de la primera prueba — Fecha prueba rápida y entrega de resultados: 28/08/24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Número consecutivo de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
VIH	Negativo	Anticuerpos	[illegible]	[illegible]	2026/10/16
Sífilis	Negativo	Cualitativa			
Hepatitis B	Negativo	Anticuerpos			
Hepatitis C	Negativo	Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria — Fecha prueba confirmatoria y entrega de resultados:

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Número consecutivo de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
VIH	Positivo / Negativo	Anticuerpos / Inmunoblot			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre: Elicer Mendoza — Cargo: EM — Cédula: 1.127.539.057

646

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

[redacted]

Para mujeres y personas registradas en estos formatos se garantiza la confidencialidad en los términos previstos en la Ley 1266/08 - 1273/09 - Sisma y demás normas aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: La Guajira
1.2. Municipio: Maicao
1.3. Localidad/Corregimiento:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Comunidad Wayuu
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Asentamiento
1.6. Lugar de la actividad:
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: Aid for Aids

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: La Guajira
2.2. Localidad/Corregimiento:
2.3. Municipio: Maicao
2.4. Barrio: Comunidad Wayuu

3. Datos de identificación de persona atendida

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SC ● DNI ○ PEP
3.2. Número de identificación: 24009489
3.3. Primer nombre: Sayeth
3.3.1. Segundo nombre: Eliecer
3.3.2. Primer apellido: Jimenes
3.3.3. Segundo apellido: Benjumea
3.4. Caracterización persona atendida
○ GAM ○ TRANS ○ HSH ○ TS ○ HC ○ UDSA ○ PP ○ PPL ● HOMBRE
○ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO ○ MSA ○ GESTANTE ● POB GENERAL ○ TB País de procedencia: Venezuela
3.5. Sexo asignado al nacer: ● Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 2002/03/8
3.6.1. Edad en años cumplidos: 22
3.7. ¿Vinculado al sistema de salud? ○ SI ● NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ● NO ○ NO SABE
3.8. Régimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fuerzas de atención en Salud (apoyo PPL) ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la Aseguradora
3.9. Presenta signos de ITS sintomas: ○ Flujo ○ Ardor ○ Sudoración nocturna ● No presenta síntomas ○ Otras ITS ○ Perdida de peso
3.10. Otros síntomas (describir cuales)

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

● Solicitó a una persona cercana ○ Servicio de salud (IPS/EPS) ○ Autotest público ○ Uso de la página web
○ Campañas propia ○ Autotest negativo ○ Información en redes sociales ○ Amigure

5. Cantidad de condones recibidos

6. Institución de salud, ruta de atención.

Observaciones

Tipo de finalización: ○ Prueba reactiva ○ Derivación cumplida ○ Derivación incumplida ○ Fuera de la cobertura geográfica ○ Rechazo prueba de rutina ○ Otro ¿cuál?

647

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

Para los datos personales diligenciados en este formulario se garantiza la confidencialidad de la información establecida en la LEY 1266/08 - 1581/12 y demás normas aplicables

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: La Guajira
1.2. Municipio: Maicao
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Comunidad Arauco
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Asistencial
1.6. Lugar de la actividad:
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: AID FOR AIDS

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: La Guajira
2.2. Municipio: Maicao
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio: Comunidad Arauco

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SD ● DNI ○ PEP
3.2. Número de identificación: 40216681
3.3. Primer nombre: Jomer
3.3.1. Segundo nombre: Jose
3.3.2. Primer apellido: Ochoa
3.3.3. Segundo apellido: Suarez
3.4. Caracterización persona atendida
○ HSH ○ TRANS ○ PPD ○ TS ○ INC ○ LESB ○ PPL ○ ITS ● Migrante
○ Con Trastorno Mental Cognitivo Comportamental ○ SPA ○ Sin vivienda ● Pob. General ○ TB
País de procedencia: Venezuela
3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1990 | 02 | 13
3.6.1 Edad en años cumplidos: 34
3.7. ¿Vinculado al sistema de salud? ○ SI ● NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ● NO ○ NO SABE
3.8. Regimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Excepción ○ Vinculado con recursos propios para PPC
3.8.1. Nombre de la aseguradora
3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ● Ninguno de los anteriores ○ Dificultad respiratoria ○ Pérdida de peso
○ Ninguno de los síntomas anteriores

4. ¿Que (Quién) le motivó a realizarse la prueba?

● Iniciativa propia/ Jornada educativa ○ Servicio de salud IPS/ESE ○ Autotest positivo ○ Líder de la sociedad civil
○ Mi pareja/grupo ○ Autotest negativo ○ Información errónea/ Redes sociales ○ Amigos

5. Cantidad de condones recibidos

6. Institución de salud, ruta de atención

Observaciones

Tipo de financiamiento: ○ Fondo Mundial ○ Recursos Locales PT ● PEPFAR ○ Cooperación ○ Fondo Nacional de la Prosperidad ○ Recursos propios del usuario ○ Otro ¿Cuál?

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

Yo, Yoiner José Ochoa Suarez, identificado(a) con DNI No 1070..., certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, he conocido los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de las pruebas, 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 realizada(o) por un asesor(a) consejero(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a creencias y mentiras antes de realizarme la prueba rápida, en este espacio también se me informó que la(s) prueba(s) presuntiva(s) que tuviera(n) la posibilidad de ser reactiva(s), 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 no sea recibido en el servicio de salud en caso de no existir con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis se direccionará de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Facilitó 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 para el diagnóstico integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud. SI ( ) NO (X) **acepto canalización y seguimiento por parte del servicio canalizador y/o institución de salud-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 (X) y encuesta SI ( ) NO (X) que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme mi EAPB o la institución que realizó la prueba rápida para ofrecer otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de requerir 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 tomada 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 08 del año 24

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Yoiner José Ochoa
Tipo y número de identificación: 1070...

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: Angelica Navarro
Tipo y número de identificación: 1124229...

7. Datos de la primera prueba — Fecha prueba rápida y entrega de resultados: 2024-08-28

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para diagnóstico	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Inmunoensayo ( ) Aglutinación	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Sífilis	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Inmunoensayo ( ) Aglutinación			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Inmunoensayo ( ) Aglutinación			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Inmunoensayo ( ) Aglutinación			

8. Datos de la prueba confirmatoria — Fecha prueba rápida y entrega de resultados: ...

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para diagnóstico	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Inmunoensayo ( ) Aglutinación			

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre: Eliana Molina Firma: EM Cédula: 1126239...

ANEXOS

EBS N°6 - PRIORIDAD CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

INFORME DEL 20 DE AGOSTO AL 19 DE SEPTIEMBRE DE 2024

PIC-2024

CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

ACTIVIDAD N° 1:

REALIZAR UNA (1) MOVILIZACIÓN SOCIAL EN ZONA RURAL INSTITUCIONES EDUCATIVAS INTERNADO AGRÍCOLA DE PIYUSHIPANA EN ZONA URBANA SANTA CATALINA, MARÍA COLOMBIA NOLBERTO IGUARAN, COMUNA 4, Y OTRAS INSTITUCIONES 210 ESTUDIANTES CON RIESGO DEL MUNICIPIO DE MAICAO, PARA LA CELEBRACIÓN DEL DÍA MUNDIAL DE NO AL SUICIDIO, QUE SE CONMEMORA EL 10 DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2024.

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI E.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

Maicao, La Guajira 10 de Septiembre de 2024

Señores
Institución Educativa:
Encargado:
Territorio:
Micro territorio:

Asunto: Actividades de socialización acerca del programa de Intervenciones Colectivas pic 2024 en la dimensión convivencia social y salud mental

Cordial Saludo.

De manera respetuosa me dirijo ante usted en aras de darle a conocer el motivo de nuestra visita como Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), 2024 del municipio de Maicao, ya que, pretende de esta manera sensibilizar a través de la socialización e implementación de las actividades inmersas en la dimensión de convivencia social y salud mental, dirigido a los líderes del presente barrio, madre comunitarias, actores sociales y demás. dado que es importante que esta población conozca de que tratan las enfermedades, minimizando así los riesgos de contraerlas, teniendo en cuenta que el municipio de Maicao está determinado como población vulnerable. Es por ello que la Secretaria de Salud municipal en articulación con otras entidades desarrolla actividades de intervención de la salud para prevenir las enfermedades y afectaciones, en cada uno de los sectores públicos y privados, instituciones educativas públicas y privadas, barrios, comunidades indígenas entre otros.

De esta forma agradecemos su atención y pronta respuesta y así mismo, nos permitan un espacio para realizar dicha actividad.

Atentamente,

NERYS LOPEZ PACHECO
Coordinadora
Dimensión Convivencia Social y Salud Mental.

Recibido

Act 1

652

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHII I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

FORMATO DE ACTAS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC WAYUU TALATSHI I.P.S.I 2024

ACTA N°: (1)	FECHA: 10-9-2024	
DEPARTAMENTO: LA GUAJIRA	MUNICIPIO: MAICAO	
LUGAR: I. Educativo N°3	HORA INICIO: 7:00 AM	HORA TERMINACION: 10:00 AM
AREA / DEPENDENCIA: Convivencia Social y Salud Mental		
OBJETIVO: Realizar movilizacion social en zona urbana I. Educativo Santa catalina para la celebración del dia Mundial de NO al suicidio		
RESPONSABLE: Neris López		

NOMBRES	CARGO	INSTITUCION A LA QUE PERTENECE
1. Neris López	coordinadora	PIC
2. Annis Ustate	Agente	PIC
3. Corina Magallanes	promotora	PIC
4. Gladys Romero	Agente	PIC
5.		
6.		
7.		

OBJETIVO:	1. Realizar (1) Movilizacion Social en zona Urbana en Institución Educativa Santa Catalina

IDENTIFICACION DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR

1.ASISTENCIA TECNICA( )	2. ACOMPAÑAMIENTO/ASESORIA( )	3. VISITAS DE INSPECCION( )
4. CAPACITACION( )	5. REUNION( )	6. VISITAS DE SEGUIMIENTO( )
7. OTROS( ) ✓		

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.S.
Te Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

ORDEN DEL DIA / AGENDA
Saludo de bienvenida y Presentación
Oración a Dios
Presentación del tema
Desarrollo del tema
Agradecimientos
Despedida.

GENERALIDADES DE LA REUNION / DESARROLLO AGENDA / CONCLUSIONES Y DECISIONES
Se aborda la Institución Educativa Nº 3 Santa Catalina ubicada en el microterritorio 01 los Olivos del territorio comuna 4 para llevar a cabo la movilización social liderada por esta institución la cual se articulo dias antes con el Rector el señor Robeith Almanza. Se inicio el orden del dia antes de salir a la movilización social de NO al Suicidio. Saludamos dandole la bienvenida a todos los presentes estudiantes, docentes, padres de familias, Instituciones invitadas, representante de la línea de la esperanza etc. y realizamos la respectiva presentación en la cual se les explica que nos encontrabamos en representación de la Alcaldia Municipal de Maicao, la Secretaria de Salud, el operador del plan de Intervenciones Colectivas PIC y su dimensión convivencia social y Salud Mental. como operador Wayuu Talashi hacíamos presencia para la Celebración del NO al Suicidio. Seguidamente hicimos la

MUNICIPIO
DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

Oración a Dios para encomendar todo lo que se iba a desarrollar. Procedemos a salir todos los presentes con banderas representativas mensajes alusivos al NO suicidio amenizado por la banda de la Institución Educativa Nº1 Norberto Iguaran Weeber, se encontraban todas las sedes de la institución principal antes mencionado, Vehículos con sonidos con mensajes de No al suicidio, así como también una persona perifoneando educando a las personas oyentes acerca de brindar apoyo a los jovenes en cual quier situación que se presente para que no tomen malas decisiones, educación también de parte de nosotros como representante del PIC y de la dimensión Convivencia Social y Salud Mental a todos los estudiantes que podiamos emitirles esta información a través del sonido que se encontraba en esta marcha sobre la importancia de hablar con los padres con la familia como red de apoyo sobre las problematicas que puedan estar afectandolos o buscar ayuda del profesional de psicología y hoy nos acompañaba la línea de la esperanza a donde pueden comunicarse sin ningún costo. Aprender a manejar las emociones para evitar hacernos daños así mismo. Se les recomienda no rendirse

MUNICIPIO
DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

Jamás, que ante todo mucha fé en Dios y buscar siempre las estrategias de solución a todas esas dificultades que se nos puedan presentar en la vida porque todo tiene su respectivo manera de encontrar remedios a lo que vemos o creemos imposible. y es por ello la importancia de tenerle confianza a los padres y exponer ante ellos lo que esté sucediendo ya que la unión familiar hace la fuerza y por último se les dice. que siempre tengan presente NO al Suicidio. De ésta manera transcurrio la movilización por los sitios más estrategico que necesitan de estos eventos, se pegaron en los postes informaciones para que sean leídas por los transeúntes que circulen por esos lados que quienes no lograron ver ni escuchar la educación emitido por medio de esta marcha. No podemos dejar de lado el suicidio que ocurrió en ésta Institución, no precisamente en sus instalaciones pero era un estudiante de ahí, lo cual fué el motivo que hizo llevar a cabo. la movilización del NO al suicidio. Hay que resaltar que todo fué desarrollado de manera muy organizada y la jornada finalizo en el punto de partida.

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

SECRETARIA DE SALUD

No.	COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA
1.	Mantenerse en la red de apoyo como la familia	Estudiantes	Siempre
2.	No rendirse Jamás	Estudiantes	Siempre
3.	Buscar ayuda profesional si lo requiere	Estudiantes	Cuando lo requiera

CONCLUSIONES
La Movilización social del NO al suicidio fué algo muy sentido con la presencia de las edus e instituciones Educativas invitadas como la banda del Norberto Iguaran quienes figuraban con sus tonalidades. Se dieron mensajes alusivos al tema. como sensibilización

NOMBRE Y APELLIDOS	TELEFONO	INSTITUCION O CARGO	FIRMA
1. Robeth Almanza	3017887879	IE #3	
2. Nevis López	3004331334	PIC	
3. Annis Ustate	3145033155	PIC	Annis Ustate
4. Corma Nogallans	3006622570	PIC	Corma M.
5. Gladys Romero	3008361387	PIC	Gladys R
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

FIRMA DE QUIEN ELABORA EL ACTA: Annis Ustate

656

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Convivencia Social y Salud Mental		
ACTIVIDAD: Realizar Movilizacion Social en zona urbana 1- Educativa Santa Catalina para la celebracion del dia Mundial de NO al Suicidio	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** Territorio 5 Comuna 4 Microterritorio: Olivos MT 01	
FECHA: 10 - 9 - 2024	**HORA DE INICIO:** 7:00 AM	**HORA DE FINALIZACION:** 10:00 AM

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Ariana Quiñones	1255390973	F	17	los olivos	Institucion #3	3003451334	wayuu talatshi							X	Ariana Quiñones
2	Danna De Angel	1134411892	F	14	los olivos	Institucion #3	3004919369	AW							X	DANNA DE ANGEL
3	Mario Pertuz	1121538903	M	15	los olivos	Institucion #3	3022787442	caja copi	X						X	Mario Pertuz
4	Clark Lara	1134171180	M	15	los olivos	Institucion #3	3211852005	AW							X	Clark Lara
5	Claritza Guerrero	1117209179	F	15	los olivos	Institucion #3	3004128621	AW							X	Claritza G.
6	Luis Polo	7421720	M	16	los olivos	Institucion #3	3136268890	Nueps							X	Luis Polo
7	Angie Castillo	1160100	F	17	los olivos	Institucion #3	3006445851	AW					X			Angie Castillo
8	Dixier Aguas	1103018723	M	14	los olivos	Institucion #3	3042712592	DM							X	Dixier Aguas
9	Ibram Paredes	1121540198	M	15	los olivos	Institucion #3	3021391636	mesa indigena							X	Ibram P.
10	Brismely	1290179 75	F	17	los olivos	Institucion #3	3205394040	caja copi							X	Brismely

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Convivencia Social y Salud Mental		
ACTIVIDAD: Realizar movilización en zona urbana I.Educativa Santa catalina para la celebración del dia Mundial de NO al Suicidio	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** Territorio = Comuna 4 Microterritorio = Olivos MT01	
FECHA: 10 - 9 - 2024	**HORA DE INICIO:** 7:00 AM	**HORA DE FINALIZACION:** 10:00 AM

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Soray Zambrano	1124024710	F	17	Los olivos	Institucion #3	3044470203	Nueva EPS							X	Soray Z.
2	Angeli Pinto	4973314	F	17	Los olivos	Institucion #3	3243077429	Caja Cosalud							X	Angeli
3	Keiner Perez	1134170162	M	16	Los olivos	Institucion #3	3137460167	Anas Wayuu							X	Keiner Perez.
4	Relges Iguaran	1047717975	M	15	Los olivos	Institucion #3	3147559784	Nueva EPS							X	Relges Iguaran.
5	Jose Florez	1121533925	M	17	Los olivos	Institucion #3	3218811710	Nueva EPS							X	Jose florez.
6	Miguel Cabo	1124019436	M	17	Los olivos	Institucion #3	3226606477	Caja Cosalud							X	Miguel Cabo
7	Daniel Rios	1121543414	M	15	Los olivos	Institucion #3	3227307439	Anas Wayuu							X	Daniel Rios
8	Dulce Mendoza	1124028501	F	15	Los olivos	Institucion #3	3046758274	Famisanar							X	Dulce Mendoza
9	Maria Navarro	1121538062	F	15	Los olivos	Institucion #3	3206944981	Famisanar							X	M. Almanza
10	Adiand Redondo	1121027487	F	16	Los olivos	Institucion #3	3043214043	Nueva EPS							X	Redondo

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Convivencia Social y Salud Mental		
ACTIVIDAD: Realizar Movilizacion Social en zona urbana I. Educativa Santa Catalina para la celebracion del dia Mundial de NO al Suicidio	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** Territorio : comuna 4 Microterritorio : Olivos MT01	
FECHA: 10- 9 - 2024	**HORA DE INICIO:** 7:00 AM	**HORA DE FINALIZACION:** 10:00 AM

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Julio Jaraba	84043337	M	15	Los olivos	Institucion #3	3243055988	AW							X	Julio JARABA
2	Mariangel Ruiz	1124067897	F	14	Los olivos	Institucion #3	3013103672	AW							X	Mariangel
3	Luisa Arguez	1124045680	F	12	Los olivos	Institucion #3	3247421440	AW					X			Luisa Arguez
4	Sharith Benavides	1040678910	F	16	Los olivos	Institucion #3	3002387428	caja cap							X	SHARITH B.
5	Mayerlis Jimenez	1167878795	F	17	Los olivos	Institucion #3	3015687432	sura w							X	Mayerlis J
6	Saray Rivero	1036847578	F	13	Los olivos	Institucion #3	3246820124	sura w							X	Saray R.
7	Dailis Mendoza	1197043347	F	13	Los olivos	Institucion #3	3015673362	Ners							X	Dailis Mendoza
8	Linda Navarro	1294297454	F	12	Los olivos	Institucion #3	3015376559	mapfre							X	L N
9	Karelis Brito	97097543	F	13	Los olivos	Institucion #3	3006304614	Ners							X	Karelis Brito
10	Sherith Larahonda	1247936179	F	14	Los olivos	Institucion #3	3045991794	sura w							X	Sherith Larahonda

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Convivencia Social y Salud Mental		
ACTIVIDAD: Realizar Movilizacion social en zona urbana t-educativa Santa Catalina para la celebracion del dia Mundial de NO al suicidio	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** Territorio = Comuna 4 Microterritorio = Olivos MT01	
FECHA: 10 - 9 - 2024	**HORA DE INICIO:** 7:00 AM	**HORA DE FINALIZACION:** 10:00 AM

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Emily Fernandez	1126251638	F	16	Los olivos	Institucion #3	3005018	Casa COPI							X	Emily Fernandez
2	Oscar Pedroza	1121593427	H	16	Los olivos	Institucion #3	3241769793	Casa COPI							X	Oscar Pedroza
3	Samuel Noguera	1124027597	M	16	Los olivos	Institucion #3	3011669325	Casa COPI							X	Samuel N.
4	Jairo Florez	1124021357	M	16	Los olivos	Institucion #3	3124980115	Casa COPI							X	Jairo Florez
5	Yugleidis Badell	5460775	F	17	Los olivos	Institucion #3	3016261397	Anas W							X	BADELL
6	Eduar Pizarro	1118877979	M	16	Los olivos	Institucion #3	3242552	NOSOK							X	Eduar Pizarro
7	Eleeiny Camelo	1121536369	F	16	Los olivos	Institucion #3	3042127388	Casa COPI							X	Eleeiny Camelo
8	Damis Hoyos	1124169213	F	17	Los olivos	Institucion #3	3225349113	NO SOK							X	Damis
9	Maria Peñuela	1014556682	F	17	Los olivos	Institucion #3	3215184662	NO SOK							X	MARIA P.
10	Valeria	1121534161	F	14	Los olivos	Institucion #3	3046129757	AW							X	Valeria

660

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Convivencia Social y Salud Mental		
ACTIVIDAD: Realizar Movilizacion Social en zona urbana I. Educativa Santa Catalina para la celebracion del dia Mundial de NO al Suicidio	TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: Territorio: Comuna 4 Micro territorio: Olivos MT 01	
FECHA: 10-9-2024	HORA DE INICIO: 7:00 AM	HORA DE FINALIZACION: 10:00 AM

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Lens Martinez	1134169795	M	16	Los olivos	Institucion #3	3052675415	AW							X	Lens Martinez
2	José Arahendiz	1121535444	M	17	Los olivos	Institucion #3	3003019750	AW							X	JOSE ARAHENDIZ
3	Saray Castillo	1121536423	F	16	Los olivos	Institucion #3	3012056571	caja cop							X	Saray C.
4	Denixon Rivas	1265979754	M	17	Los olivos	Institucion #3	3137590729	caja cop							X	DENIXON
5	Hazael Marquez	1121533297	M	17	Los olivos	Institucion #3	3148183065	AW							X	Hazael Marquez
6	Luis David Caro	1134171125	M	15	Los olivos	Institucion #3	3144924077	AW							X	Luis David
7	Camilo Andres Diaz	1134171037	M	15	Los olivos	Institucion #3	3017310091	AW							X	Camilo
8	Samuel Lanada	1047713489	M	17	Los olivos	Institucion #3	3148063997	[illegible]							X	Samuel
9	Dailys Palmera	1134170867	F	15	Los olivos	Institucion #3	3172496352	AW							X	Dailis Palmera
10	Omar Sanmartin	1121538165	M	15	Los olivos	Institucion #3	3043784037	caja cop							X	Sanmartin Omar.

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Convivencia Social y Salud Mental		
ACTIVIDAD: Realizar Movilizacion en zona urbana I. Educativa Santa Catalina para la celebracion del dia Mundial de NO al suicidio	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** Territorio: comuna 4 Microterritorio: Otros MT 01	
FECHA: 10 - 9 - 2024	**HORA DE INICIO:** 7:00 AM	**HORA DE FINALIZACION:** 10:00 AM

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Mariangel Matheus	PPT 51011277	F	17	Alfonso Lopez	Institucion #1	3207332696	Fam. colom.							X	Matheus.
2	Mayuris Acosta	1121555487	F	17	Alfonso Lopez	Institucion #1	3053448455	caja cop							X	Mayuris A.
3	Valentina Pineda	1124053200	F	17	Alfonso Lopez	Institucion #1	3005650446	DK							X	Valentina P.
4	Jerson de la Hoz	1124170424	M	15	Alfonso Lopez	Institucion #1	3006041636	DK							X	Jerson
5	Emily Lopez	1124500486	F	17	Alfonso Lopez	Institucion #1	3006041471	DK							X	Emily lopez
6	Greidys Bana	1121536206	F	16	Alfonso Lopez	Institucion #1	3243558526	caja cop							X	Greidis Bana
7	yesith Gonzalez	1123733716	M	14	Alfonso Lopez	Institucion #1	3043522263	AW							X	yesith Gonzalez
8	Angeli Uriana	1123471858	F	15	Alfonso Lopez	Institucion #1	3216081410	DK					X			Angeli Uriana
9	Ramon Bares	1121538340	M	15	Alfonso Lopez	Institucion #1	3024381330	AW					X			Ramon Bares
10	Sarela Boniventa	3236483478	F	16	Alfonso Lopez	Institucion #1	3236483478	AW					X			Sarela Boniventa

662

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Convivencia Social y Salud Mental		
ACTIVIDAD: Realizar Movilización Social en zona urbana y educativa Santa Catalina para la celebración del dia Mundial de NO al Suicidio	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** Territorio: Comuna 4 Microterritorio: Olivos MT01	
FECHA: 10 - 9 - 2024	**HORA DE INICIO:** 7:00 AM	**HORA DE FINALIZACION:** 10:00 AM

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Wendel Ariza	1121552305	M	17	Alfonso Lopez	Institucion #1	3015404[illegible]	NEPS							X	Wendel Ariza
2	Victor Gonzalez	1146597057	M	17	Alfonso Lopez	Institucion #1	3146597057	AW					X			Victor Gonzalez
3	Jainer Ariza	1121624651	M	17	Alfonso Lopez	Institucion #1	3011685[illegible]	Caja Capi							X	JAINER ARIZA
4	Camilo Quintero	1119395810	M	15	Alfonso Lopez	Institucion #1	3004547538	AW							X	Camilo Quintero
5	yeisson Olivero	1134168697	M	16	Alfonso Lopez	Institucion #1	3002430213	Anas							X	yeisson O.
6	Jose Palma	1121575495	M	16	Alfonso Lopez	Institucion #1	3208275250	Anas W							X	Jose Palmar
7	Freddy Castillo	1124022991	M	16	Alfonso Lopez	Institucion #1	3107192622	DK							X	Freddy Castillo
8	Alfonso Granadillo	1121542741	M	16	Alfonso Lopez	Institucion #1	3153434652	Sanitas							X	Alfonso
9	Neibis Ospino	1121537060	F	16	Alfonso Lopez	Institucion #1	3042743851	NEPS							X	NELBIS OSPINO
10	Glandis Yepez	1121537024	F	15	Alfonso Lopez	Institucion #1	3143163091	AW							X	Glandis Yepez

663

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Convivencia Social y Salud Mental		
ACTIVIDAD: Realizar Movilizacion Social en zona urbana I. Educativa Santa Catalina para la celebracion del dia Mundial de NO al Suicidio	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** Territorio: comuna 4 Microterritorio: Olivos MT01	
FECHA: 10 - 9 - 2024	**HORA DE INICIO:** 7:00 AM	**HORA DE FINALIZACION:** 10:00 A.M

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Luis Andres Perez	1124021239	M	16	Los olivos	Institucion #3	3005324422	Anas W							X	Luis Andres
2	Dilmer Solano	1121539108	M	15	Los olivos	Institucion #3	3134796808	Caja capi							X	Dilmer Solano
3	Elia Sarmiento	1121533255	M	17	Los olivos	Institucion #3	3045800168	Caja capi							X	Elian Sarmiento
4	Valentina Perez	1123537744	F	13	Los olivos	Institucion #3	3022549058	Anas W							X	VALENTINA PEREZ
5	Sebastian Salaut	1121538572	M	16	Los olivos	Institucion #3	3009023215	Anas W							X	SEBASTIAN
6	Leonela Iguana	1223544944	F	15	Los olivos	Institucion #3	No tiene	Dosep							X	Leonela
7	Neomar Valencia	1069779736	M	13	Los olivos	Institucion #3	No tiene	Ecoser							X	Neomar V.
8	Daniela Valencia	1253976974	F	12	Los olivos	Institucion #3	3157195354	Mag Dusapt							X	Daniela V.
9	Daniel Cabrera	1153476422	M	12	Los olivos	Institucion #3	3242207618	Dosep							X	DANIEL CABRERA
10	Yulieth Garzón	1126977972	F	14	Los olivos	Institucion #3	No tiene	Mag Dusapt							X	yulieth Garzon

664

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Convivencia Social y Salud Mental		
ACTIVIDAD: Realizar Movilizacion social en zona urbana I. Educativa Santa cultativo para la Celebracion del dia Mundial de NO al Suicidio	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** Territorio = Comuna 4 Nuevo territorio = Olivos MT01	
FECHA: 10- 9- 2024	**HORA DE INICIO:** 7:00 Am	**HORA DE FINALIZACION:** 10:00 AM

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Angelica Uriche	1124023165	F	16	Los olivos	Institucion #3	3009433858	NUEPS							X	
2	Josa Pino	1240365 47	M	16	Los olivos	Institucion #3	3155804600	DP							X	
3	Shayida Colina	1140037397	f	16	Los olivos	Institucion #3	3145757 1101	Caja capi							X	
4	Nikol Silva	1047 7.3	f	16	Los olivos	Institucion #3	3186021768	Asmet Salud					X		X	Silva.
5	Hilenys Palmar	1237444 212	F	17	Los olivos	Institucion #3	3006773537	Anas W					X			
6	VALENTINA DE ANGEL	1174449327	f	15	Los olivos	Institucion #3	3221924485	mallamas							X	
7	Neiser De Angel	1134169938	M	16	Los olivos	Institucion #3	3007919389	Anas W					X		X	
8	Jennifer Perez	1.29974569	F	16	Los olivos	Institucion #3	3004004273	Dusak							X	
9	HASmed Tenorio	MZ1535553	M	17	Los olivos	Institucion #3	3236439997	Caja capi					X			
10	Dorimar Perez	12374444	f	16	Los olivos	Institucion #3	3241112299	Caja capi					X		X	

665

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Convivencia Social y Salud Mental		
ACTIVIDAD: Realizar Movilización social en zona urbana I.E Educativa Santa Catalina para la celebración del dia Mundial de NO al suicidio	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** Territorio 5 comuna 4 Micro territorio 5 Olivos MTO1	
FECHA: 10-9-2024	**HORA DE INICIO:** 7:00 AM	**HORA DE FINALIZACION:** 10:00 AM

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Gisel Blanco	1235244429	F	15	Los olivos	Institucion #3	3022252261	Mutual Ser							X	Gisel Blanco
2	Camila Martinez	1124027242	F	15	Los olivos	Institucion #3	3005643487	Asmet Salud							X	Camila M.
3	Kelly Gamez	1134130805	F	15	Los olivos	Institucion #3	3235957725	Sanitas							X	KELLY GAMEZ
4	Leinis Vergara	1121537887	F	15	Los olivos	Institucion #3	3012685500	Sanitas							X	Leinis Vergara
5	Cristian Salinas	1047837042	M	16	Los olivos	Institucion #3	3124003127	Cajacopi							X	Cristian
6	Dilan Ferrer	1178593 17	M	15	Los olivos	Institucion #3	3043306633	Cajacopi					X			Dilan F.
7	Yulanis Chamalio	1073592183	F	13	Los olivos	Institucion #3	3005796309	Dusakawi							X	yulanis
8	Nelianny Atencio	1121737042	F	14	Los olivos	Institucion #3	3108049973	Nueva EPS							X	NELIANNY
9	Said Florez	1277304923	M	13	Los olivos	Institucion #3	3004916354	Mutual Ser							X	Said Florez
10	Ashley Ramirez	1173242318	F	13	Los olivos	Institucion #3	3045418894	Dusakawi							X	Ashley Ramirez

666

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Convivencia Social y Salud Mental		
ACTIVIDAD: Realizar Movilizacion social en zona urbana J. Educativa Jamba catalina para la celebracion del dia Mundial de NO al Suicidio	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** Territorio 5 comuna 4 Nuevo territorio 5 Olivos MT 01	
FECHA: 10- 9- 2024	**HORA DE INICIO:** 7:00 AM	**HORA DE FINALIZACION:** 10:00 AM

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Laiselly Cotina	1126537787	F	16	Los olivos	Institucion #3	3008557733								X	Laiselly
2	Sherly Campos	1121537247	F	16	Los olivos	Institucion #3	3023141452	Coosalud Cap							X	Shelly Campos
3	Maria Martinez	1121538797	F	15	Los olivos	Institucion #3	3005634983	Anas W					X			maria martinez
4	Ginger Loaiza	1043673811	F	17	Los olivos	Institucion #3	3244102876	Nueva EPS							X	Ginger Loaiza
5	Shirlys Paola	1131456907	F	16	Los olivos	Institucion #3	3023180637	Dosak							X	Shirlys Paola
6	Juan David	1073499739	M	16	Los olivos	Institucion #3	3136948085	Famisanar							X	JUAN
7	Valentina Gonzalez	1159733947	F	16	Los olivos	Institucion #3	3008578322	Dosak							X	Valentina G.
8	Rayleth Solano	1124080994	F	14	Los olivos	Institucion #3	3253551879	Coosalud							X	Rayleth Solano
9	Jhon Romero	1243126978	M	16	Los olivos	Institucion #3	3013762675	Dosak							X	Jhon Romero
10	Zoseph Suarez	1124086406	F	13	Los olivos	Institucion #3	3126559770	Nueva EPS							X	

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Convivencia Social y Salud Mental		
ACTIVIDAD: Realizar movilizacion social en zona urbana 1- Educativa Santa Catalina para la celebracion del dia Mundial de NO al Suicidio	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** Territorio 5 comuna 4 Micro territorio: Olivos MT 01	
FECHA: 10 - 9 - 2024	**HORA DE INICIO:** 7:00 AM	**HORA DE FINALIZACION:** 10:00 AM

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Alfonso Segundo Ortiz Ypiana	1.124.081.726	M	76	Los olivos	Institucion #3	3106406787	[illegible]					X			
2	Isaac David Martinez madrid	1044917958	M	16	Los olivos	Institucion #3	3103852665	Anas W							X	
3	Dreilys Daileth U.	1134110313	F	16	Los olivos	Institucion #3	3013[illegible]	caja cop							X	Dreilys Ustate
4	Dilan Zuluaga	1122367937	M	16	Los olivos	Institucion #3	3023785880	[illegible]							X	Dilan Zuluaga
5	Chelsea Ramos	1121536554	F	16	Los olivos	Institucion #3	3016021443	U EPS							X	Chelsea R.
6	Yuranis Hamilton	1131170169	F	16	Los olivos	Institucion #3	3009557089	Caja cop							X	Yuranis
7	Maria Diaz Oñate	1263756 7	F	16	Los olivos	Institucion #3	3016663669	Caja cop							X	Maria Diaz.
8	Elimar Silva	33637956	F	16	Los olivos	Institucion #3	3003732667	wayuu talatshi							X	Elimar Silva.
9	KANNER MARQUEZ	1179856 43	M	16	Los olivos	Institucion #3	3008957072	SUPUIA WAYUU							X	[illegible]
10	Junior Paz	1124071867	M	16	Los olivos	Institucion #3	3108189259	ANAS WAYUU					X			



PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Convivencia Social y Salud Mental		
ACTIVIDAD: Realizar activitzación social en zona urbana y educativa en Santa Catalina para la celebración del dia Mundial de NO al Suicidio	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** Territorio : Comuna 4 Micro territorio : Olivos MT 01	
FECHA: 10- 9- 2024	**HORA DE INICIO:** 7:00 AM	**HORA DE FINALIZACION:** 10:00 AM

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Luisa Vides	1121541666	F	13	Los olivos	Institucion #3	3006254072	Anas W							X	Luisa Vides
2	Sharol Prasca	1.22156717	F	14	Los olivos	Institucion #3	3113957234	Caja capi							X	Sharol Prasca
3	Angeli Vizcaino	1126252244	F	14	Los olivos	Institucion #3	3126823334	Caja capi							X	Angeliv.
4	Seyla Márquez	5100912	F	14	Los olivos	Institucion #3	3046007460	Famisanitas							X	Seylatte
5	Maroscar Perez	1121543615	F	14	Los olivos	Institucion #3	3015295563	Anas W							X	Maróscar
6	Anghela Castillo	1127563015	F	15	Los olivos	Institucion #3	3006445839	Nueva eps							X	Anghela
7	Karol Sangregorio	1175394875	F	14	Los olivos	Institucion #3	3007154239	Caprecom							X	Karol
8	Javier Lopez	1126327415	M	13	Los olivos	Institucion #3	3007320961	Dosar							X	Javier Lopez
9	Jose Sisdian	1175714257	M	13	Los olivos	Institucion #3	No tiene	Anas W							X	Jose Luis
10	Emanuel Acuña	10263879	M	13	Los olivos	Institucion #3	3234409279	Mallamas Cabildo							X	Emanuel Acuña

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Convivencia Social y Salud Mental		
ACTIVIDAD: Realizar Movilizacion social en zona urbana 1-Educativa Santa Catalina para la celebracion del dia Mundial de NO al suicidio	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** territorio 2 comuna 9 Microterritorio: Olivos MT01	
FECHA: 10-9-2024	**HORA DE INICIO:** 7:00 AM	**HORA DE FINALIZACION:** 10:00 AM

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Anderson Perez	1124072281	M	12	Los olivos	Institucion #3	3145416347	NEPS							X	Anderson Perez
2	Keiler Mare	1170742891	M	14	Los olivos	Institucion #3	no tiene	NEPS							X	Keiler Mare
3	Greisy Caceres	1224269703	F	13	Los olivos	Institucion #3	3126826598	NEPS							X	Greisy Caceres
4	Gainer Mercado	1121542492	M	13	Los olivos	Institucion #3	3015365238	DIS							X	Gainer Mercado
5	Saiamma Iguaran	1121543514	F	12	Los olivos	Institucion #3	3001132271	Mutual ser					X			Saiamma Iguaran
6	Maria Lopez	1121543111	F	13	Los olivos	Institucion #3	3235034463	caja cori							X	Maria Lopez
7	yaider Martinez	1024365927	M	14	Los olivos	Institucion #3	3007507693	caja copi							X	Yaider Martinez
8	Giorgina Lopez	1121542777	F	13	Los olivos	Institucion #3	3126507693	AIU							X	Giorgina Lopez
9	Stewin Martinez	1121540270	M	14	Los olivos	Institucion #3	3234443154	caja cori							X	Stewin Martinez
10	Waldis Saveda	1120270691	M	14	Los olivos	Institucion #3	3014695431	nueva							X	WALDIS SAVEDRA

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Convivencia Social y Salud Mental		
ACTIVIDAD: Realizar Movilización Social en zona urbana I. Educativa Santa Catalina para la celebración del dia Mundial de NO al suicidio	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** Territorio: comuna 4 Microterritorio: Olivos MT 01	
FECHA: 10- 9- 2024	**HORA DE INICIO:** 7:00 AM	**HORA DE FINALIZACION:** 10:00 AM

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Carol Corrales	76539756	F	13	Los olivos	Institucion #3	3215902791								X	Karol Corrales
2	Sandrit Ardila	1042003587	F	13	Los olivos	Institucion #3	3044469325								X	Sandrith A
3	Fabiana Jimenez	1042003891	F	15	Los olivos	Institucion #3	3128977218								X	Fabiana Jimenez
4	Ana Epieyu	1124065543	F	14	Los olivos	Institucion #3	3228556867								X	Ana Rebeca E
5	Farela Gale	1163975132	F	15	Los olivos	Institucion #3	3001153104								X	Farela Gale
6	Alexandra Carrillo	1045597677	F	15	Los olivos	Institucion #3	3116659077								X	Alexandra Carrillo
7	Graciela Mor Fernandez	1178463167	F	14	Los olivos	Institucion #3	3136642772								X	Graciela F
8	Valeri de Angel	1073264112	F	13	Los olivos	Institucion #3	3045418								X	Valeri D. Angel
9	Nilkin Perez	1223697711	M	17	Los olivos	Institucion #3	3022240316								X	Nilkin Perez
10	Yosbran Torres	1121191552	M	14	Los olivos	Institucion #3	3042996021								X	Yosbran Torres

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Convivencia Social y Salud Mental		
ACTIVIDAD: Realizar Movilizacion social en zona urbana I. Educativa Santa Catalina para la celebracion del dia Mundial de NO al Suicidio	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** Territorio 8 comuna 4 Micro territorio = Olivo MT 01	
FECHA: 10- 9- 2024	**HORA DE INICIO:** 7:00 AM	**HORA DE FINALIZACION:** 10:00 AM

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	YESID RUIZ	1122537377	M	16	Alfonso Lopez	Institucion#1	3022024494	Nueva Wayu							X	
2	Omar Stiven Martinez	1121538203	M	15	Alfonso Lopez	Institucion #1	3005728472	Anas wayuu					X			Omar Stiven
3	Kenia Alvira Pevia	1.121553097	F	18	Alfonso Lopez	Institucion #1	3006937750	Sapuana					X			Kenia Alvira
4	hellys bayeia Ospino	1.129.025.382	F	15	Alfonso Lopez	Institucion #1	3147459416	Arcoiris							X	hellys bayeia
5	Yajaira Ospino Rocha	1.085.179.428	F	17	Alfonso Lopez	Institucion #1	3241534-8264	Dorado							X	Yajaira Ospino
6	Jareth lopez Galeth	1.131.777.161	F	16	Alfonso Lopez	Institucion #1	3002663103	Anas wayuu					X			Jareth lopez
7	Perez Ruiz Ivana Isabel	1131275621	F	16	Alfonso Lopez	Institucion #1	3042891539	arcoiris wayuu							X	Ivana Ruiz
8	Leonel Torres Cabanillas	1045363211	M	17	Alfonso Lopez	Institucion #1	3137362884	Anas wayuu							X	Leonel Torres
9	Ivan Andres Bermudez	1124003460	M	13	Alfonso Lopez	Institucion #1	3233011178	Wayuu							X	Ivan Andres
10	Jesús Alan Solano	1124051947	M	16	Alfonso Lopez	Institucion #1	3225664037	Arcoiris							X	Jesús Alan Solano

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Convivencia Social y Salud Mental		
ACTIVIDAD: Realizar movilizacion social en zona urbana y Educativa Santa catalina para la celebracion del dia Mundial de NO al Suicidio	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** Territorio = comuna 4 Microterritorio = Olivos MT 01	
FECHA: 10- 9- 2024	**HORA DE INICIO:** 7:00 AM	**HORA DE FINALIZACION:** 10:00 AM

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Paula Andrea Poco	1121536292	F	16	Los olivos	Institucion #3	3011592844	AW							X	Paula Andrea
2	Nicolle Mendoza	1121536149	F	16	Los olivos	Institucion #3	3116941303	NEPS							X	Nicolle Mendoza
3	Jesenia Sierra	1134170152	F	16	Los olivos	Institucion #3	3005677444	AW							X	Jesenia S.
4	Juan Felipe Venera	1046701449	M	17	Los olivos	Institucion #3	3023468412	Coosalud							X	Juan Felipe
5	Freimary Rodriguez	1237689396	F	20	Los olivos	Institucion #3	3233042943	AW					X			Freimary
6	Joseph Quintero	1047061365	M	16	Los olivos	Institucion #3	3107169576	[illegible]					X			Joseph Quintero
7	Angel Hernandez	1124500566	M	15	Los olivos	Institucion #3	3235195972	AW							X	Angel H
8	Sofia Castellano	1077503784	F	12	Los olivos	Institucion #3	3042302448	NEPS							X	Sofia Castellano
9	Eduardo Bossio	1121535847	M	17	Los olivos	Institucion #3	3005604365	AW						X		Eduardo Bossio
10	Lina Oñate	1215333968	F	16	Los olivos	Institucion #3	3017776773						X			Lina Oñate

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Convivencia Social y Salud Mental		
ACTIVIDAD: Realizar Movilizacion Social en zona urbana I. Educativa Santa Catalina para la celebracion del dia Mundial de NO al suicidio	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** Territorio 5 comuna 4 Microterritorio 5 Olivos MT01	
FECHA: 10 - 9 - 2024	**HORA DE INICIO:** 7:00 AM	**HORA DE FINALIZACION:** 10:00 AM

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Carlos jose Mesa Ex	1124023896	M	16	Los olivos	Institucion #3	3123847296	Anas W						✓		Carlos Acosta
2	Sarayda Gutierrez	1121534994	f	17	Los olivos	Institucion #3	321670610	NEPS					✓		✓	Sarayda
3	Zaira Codin M.	1.134.169.268	F	17	Los olivos	Institucion #3	3015919080	No tiene					✓			Zaira Codin M.
4	Valentina Ceuillen	1.118.830.600	F	16	Los olivos	Institucion #3	3044806507	Anas W							✓	Valentina.G
5	Yiana Gutierrez	1082066[illegible]	F	14	Los olivos	Institucion #3	3225259730	NEPS							✓	Yiana Gutierrez
6	Daniela Fernandez	1.134.171.153	F	15	Los olivos	Institucion #3	3044185236	Anas W					✓			Daniela Fernández
7	Franyelis lópez	1118882574	F	17	Los olivos	Institucion #3	3014543444	NEPS							✓	
8	Sebastián Ortiz	1.044.678.304	M	18	Los olivos	Institucion #3	3014066769	NEPS							✓	Sebastián P.
9	Andres Sangregorio	1.134.169.745	M	16	Los olivos	Institucion #3	3001874952	Anas W							✓	Andres
10	Robert Blanco	1.118.749.[illegible]	M	15	Los olivos	Institucion #3	3244702[illegible]	No tiene							✓	Robert

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Convivencia Social y Salud Mental		
ACTIVIDAD: Realizar movilizacion social en zona urbana 1. Educativa Santa Catalina para la Celebracion del dia Mundial de NO al Suicidio	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** Territorio: comuna 4 Microterritorio: Olivos MT 02	
FECHA: 10 - 9 - 2024	**HORA DE INICIO:** 7:00 AM	**HORA DE FINALIZACION:** 10:00 AM

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Angela Hernandez	1121530735	F	18	Los olivos	Institucion #3	3046519403	CP							X	Angela Hernandez
2	Michel Covelli	1121537468	F	17	Los olivos	Institucion #3	3052771923	Nueva EPS							X	Michel Covelli
3	yusedith Peidomo	1121535888	M	16	Los olivos	Institucion #3	3183106888	NUEVA EPS							X	yusedith
4	Gaileth Ramos	1121536032	F	16	Los olivos	Institucion #3	3004350858	SP							X	GAILETH RAMOS
5	Cehannys Gonzalez	1124070340	F	16	Los olivos	Institucion #3	3002460728	DK							X	Cehannys G.
6	Thairit Paredes	1124610098	F	18	Los olivos	Institucion #3	3008940966	Jer							X	Thairit Paredes
7	Cesar Lopez	1124009790	M	18	Los olivos	Institucion #3	3135658686	DK							X	Cesar Lopez
8	Nerio Fernandez	1121934434	M	17	Los olivos	Institucion #3	3158081297	Sanitas							X	Nerio Fernandez
9	Danna Sierra	1134164434	F	16	Los olivos	Institucion #3	3215669910	Bajo copi							X	Danna Sierra
10	Getlin	1121540554	F	14	Los olivos	Institucion #3	3149606990	Asmet Salud							X	Getlin.

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Convivencia Social y Salud Mental		
ACTIVIDAD: Realizar Movilizacion social en zona urbana I.E Educativa Santa Catalina para la celebracion del dia Mondial de NO al suicidio	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** Territorio: comuna 4 Microterritorio: Olivos MT01	
FECHA: 10-9-2024	**HORA DE INICIO:** 7:00 AM	**HORA DE FINALIZACION:** 10:00 AM

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Olfida Belerio	1124533229	F	16	Los olivos	Institucion #3	3042822231	Nsos		X						Olfida Belerio
2	Maria Arroyave	1124024016	F	17	Los olivos	Institucion #3	3004540691	AW		X						MARIA A.
3	Camileth Zuniga	1124072932	F	18	Los olivos	Institucion #3	3105825461	caja cop					X			Camileth Z
4	Maria Urquiro	1023892135	F	16	Los olivos	Institucion #3	3043204185	caja cop						X		Maria Urquiro
5	William Redondo	1134169927	M	16	Los olivos	Institucion #3	3016945077	Nsos						X		William Redond
6	Karola Guzman	1011091031	F	18	Los olivos	Institucion #3	3116390758	DK						X		Karola Guzman
7	Keinys Barbosa	1134169960	F	16	Los olivos	Institucion #3	3006137237	AW		X						Keinys
8	Sharon Parra	1124026558	F	16	Los olivos	Institucion #3	3204529777	DK						X		SHARON PARRA
9	Marlon Roda	1121532183	M	18	Los olivos	Institucion #3	3128985842	AW							X	marlon roda
10	Carlos Noya	1085043207	M	19	Los olivos	Institucion #3	3162505892	AW						X		Carlos Noya

626

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Convivencia Social y Salud Mental		
ACTIVIDAD: Realizar Movilización social en zona urbana y Educativa Santa Catalina para la celebración del dia Mundial de NO al suicidio	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** Territorio 5 Comuna 9 Micro territorio 5 Olivos MT01	
FECHA: 10- 9- 2024	**HORA DE INICIO:** 7:00 AM	**HORA DE FINALIZACION:** 10:00 AM

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Maria Elena Florian	1164732157	F	14	Los olivos	Institucion #3	3145809759	Asmet Salud							X	Maria Elena
2	Nellys Guerra	1189562118	F	13	Los olivos	Institucion #3	3003541525	Dusakawi					X			Nellys Guerra
3	Tomasa Florian	1182363741	F	14	Los olivos	Institucion #3	3215084629	Asmet Salud					X			Tomasa Florian
4	Lisbeth Narleth	1062347301	F	13	Los olivos	Institucion #3	3201115465	Dusakawi					X			Lisbeth Narleth
5	Lscias soto	1190436721	M	13	Los olivos	Institucion #3	3137617	Dusakawi							X	Isaac Soto
6	Mariannys Benavides	1269367211	F	15	Los olivos	Institucion #3	no tiene	Nueva EPS							X	Mariannys B.
7	Juan Sebastian Posada	1103104135	M	16	Los olivos	Institucion #3	3245170177	NEPS							X	Juan Sebastian
8	Juan Camilo Pinto	1137158091	M	16	Los olivos	Institucion #3	3044186773	NUEVA EPS							X	Juan Camilo Pinto
9	Jaisa Mejia	1121534485	F	17	Los olivos	Institucion #3	3041639	caja cop							X	Jaisa mejia
10	Jostin David Pareja	1263543116	M	17	Los olivos	Institucion #3	3135	Dusakawi						X		

CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

ACTIVIDAD N° 10:

REALIZAR (9) NUEVES JORNADAS DE SESIONES DE ORIENTACIÓN A 90 ESTUDIANTES DEL INTERNADO AGRÍCOLA DE PIYUSHIPANA EN ZONA URBANA SANTA CATALINA, MARÍA COLOMBIA NOLBERTO IGUARAN, COMUNA 4, Y OTRAS INSTITUCIONES CON RIESGO DEL MUNICIPIO DE MAICAO Y OTRAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS CON NUEVO RIESGO.

678

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Convivencia social y salud mental.		
ACTIVIDAD: sesión de orientación	TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: I. E #3	
FECHA: 5 de septiembre de 2024	HORA DE INICIO: 8:00 am	HORA DE FINALIZACION: 12:00 pm

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Naileth Merlo	1121021171	F	16	Alfonso Lopez	Institucion #3	3216724741	Anas W							X	Naileth M.
2	Daniel Rincon	1134170664	M	15	Alfonso Lopez	Institucion #3	3226129175	Anas W					X			
3	Gabriel Avila	no sabe	M	14	Alfonso Lopez	Institucion #3	3023433351	Anas W							X	Gabriel Avila
4	Emanuel vallejo	1121538114	M	15	Alfonso Lopez	Institucion #3	3001246691	caja coopi							X	Emanuel V.
5	Yeferson Rivero	no sabe	M	17	Alfonso Lopez	Institucion #3	3245102385	DK							X	Yeferson R.
6	Esnneider Rivero	1121536276	M	16	Alfonso Lopez	Institucion #3	3219245855	caja coopi							X	Esneider R.
7	yorisse Alvarez	1121527772	F	19	Alfonso Lopez	Institucion #3	3241160225	Anas W							X	Yorisse Alvarez.
8	Yeraldin Montiel	1124089981	F	16	Alfonso Lopez	Institucion #3	3216820124	Anas W							X	Yeraldin
9	Sharith Simancas	1121532660	F	17	Alfonso Lopez	Institucion #3	3136171453	DK							X	Sharith S.
10	Estefani ninos	PPT 1096762	F	15	Alfonso Lopez	Institucion #3	3206268102	caja coopi							X	Estefani Ninos

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: convivencia social y salud mental		
ACTIVIDAD: sesión de orientación	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** I. E #3	
FECHA: 5 de septiembre de 2024	**HORA DE INICIO:** 8:00 am	**HORA DE FINALIZACION:** 12:00 PM

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Shery Amaya	1121537811	F	14	Los olivo	Santa Catalina	3185106814	Nueva EPS							X	Shery Amaya
2	Juan Azivilo	1087249821	M	14	Los olivo	Santa Catalina	3137559965	Anas Wayuu							X	
3	Yerlis Costro P	1121537516	F	13	Los olivo	Santa Catalina	no tiene	Caja copi							X	Yerlis Costro
4	Yuvineth Cervantes	1124028339	F	15	Los olivo	Santa Catalina	no tiene	Caja copi							X	Yuvineth C.
5	Zurith cervantes	1134171251	F	16	Los olivo	Santa Catalina	no tiene	Caja copi							X	ZURITH CERVANTES
6	Dairo De la cruz	1134170507	M	14	Los olivo	Santa Catalina	no tiene	Sanitas							X	De La Cruz
7	Franklin Delgado	1237439251	M	17	Los olivo	Santa Catalina	no tiene	Caja copi							X	franklin Delgado
8	Manuel Diaz	1124814989	M	18	Los olivo	Santa Catalina	3008481153	Caja copi							X	Manuel Diaz
9	Brayan Colina	PPt 5420056	M	16	Los olivo	Santa Catalina	no tiene	Anas W							X	Brayan Colina
10	Valeria Duno	PPt 5420186	F	17	Los olivo	Santa Catalina	no tiene	Sanitas Colombia							X	Valeria Duno

Santa catalina

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Convivencia social y salud Mental			
ACTIVIDAD: Sesión de orientación		**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** I.E # 3	
FECHA: 5 de septiembre de 2024	**HORA DE INICIO:** 8:00 am	**HORA DE FINALIZACION:** 12:00 PM	

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Yosedith Perdomo	1121535888	M	16	Los olivo	Santa Catalina	3183106828	Nems							✓	
2	Camilo Castillo.	1121541324	M	16	Los olivo	Santa Catalina	3015600309	F.M							✓	
3	Danna Sierra.	1134169434	F	16	Los olivo	Santa Catalina	3215669910	caja copi							✓	Danna Sierra
4	Jairo florez.	1122403113	M	16	Los olivo	Santa Catalina	3127970115	caja copi					✓			
5	Carlos Alfaro.	No sabe	M	17	Los olivo	Santa Catalina	3165877705									
6	Hazael Marquez	1121533297	M	17	Los olivo	Santa Catalina	3148183065	Anas Wa								
7	Leis Martinez	1134169495	M	16	Los olivo	Santa Catalina	3052875415	Anas Wa							✓	
8	Damis Hoyos	1134169213	F	16	Los olivo	Santa Catalina	3225749729	Anas Wa							✓	Damis H.
9	Denixon Rivas	No sabe	M	17	Los olivo	Santa Catalina	3052856461	caja copi							✓	Denixon Rivas
10	Carlos Peñalver	1124006188	M	18	Los olivo	Santa Catalina	3135	caja copi					✓			Carlos



WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

Actuada #
Fol #

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Convivencia Social y Salud Mental			
ACTIVIDAD: Sesión de orientación		**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** IE #3	
FECHA: 05 de septiembre de 2024	**HORA DE INICIO:** 8:00 am	**HORA DE FINALIZACION:** 12:00pm	

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Jose Aramendis	1121535444	M	17	Los olivo	Santa Catalina	3101071356	Anas wa							✓	José Aramendis
2	Samuel Noriega	1124021597	M	16	Los olivo	Santa Catalina	3044669325	caja cori							✓	Samuel NB
3	Nerio fernandez	1121534434	M	17	Los olivo	Santa Catalina	3148081297	caja cori					✓			Nerio fernandez
4	Soray Castillo	1121536423	F	16	Los olivo	Santa Catalina	3012058871	Anas wa							✓	Soray Castillo
5	Juan venera	No sabe	M	17	Los olivo	Santa Catalina	3023415340	Anas wa							✓	
6	Paula Polo	1121536292	F	16	Los olivo	Santa Catalina	3011597844	Anas wa							✓	Paula Polo.
7	Jeseria Sierra	1134170152	F	16	Los olivo	Santa Catalina	3005677444	Anas wa							✓	Jeseria Sierra.
8	Nicolle Mendoza	1121536140	F	16	Los olivo	Santa Catalina	3116991503	Nors							✓	Nicolle Mendoza
9	Teresa Torres de A	56081091	F	75	Los olivo	Santa Catalina	3014219246	Som. colom.							✓	
10	Carlos Larrada	No sabe	M	16	Los olivo	Santa Catalina	3167363022	DK							✓	

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Convivencia social y salud mental			
ACTIVIDAD: sesión de orientación		**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** UTIE # 3	
FECHA: 5 de septiembre de 2024	**HORA DE INICIO:** 8:00 am	**HORA DE FINALIZACION:** 12:00 pm	

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Maria Peñuela	1014665582	F	17	Los olivo	Santa Catalina	3225184667	caja coor							✓	Maria Peñuela
2	Eloiny Camelo	1121536369	F	16	Los olivo	Santa Catalina	3042127388	caja coor							✓	Eloiny Camelo
3	Danna Tovia	1147633054	F	17	Los olivo	Santa Catalina	3016946970	caja coor							✓	Danna Tovia
4	Francys Epiana	1134169268	F	16	Los olivo	Santa Catalina	3147232764	Anas W					✓			Francys Epiana
5	Oscar Pedroza	1121537427	M	16	Los olivo	Santa Catalina	3014161132	caja coor				✓				Oscar Pedroza
6	Thairi Paredes	1124010078	F	18	Los olivo	Santa Catalina	3009840986	Sisbeita							✓	Thairi Paredes
7	Emileth Fernandez	1121530735	F	18	Los olivo	Santa Catalina	3005018837	caja coor							X	Emileth Fernandez
8	Angela Hernandez	1121537468	F	17	Los olivo	Santa Catalina	3046519403	caja coor							✓	Angela Hernandez
9	Michell Covelli	1121536032	F	16	Los olivo	Santa Catalina	3052771928	NUEVA							✓	Michell Covelli
10	Saileth Ramos	1121530204G	F	16	Los olivo	Santa Catalina	3004350859	Dn							✓	Saileth Ramos

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Convivencia social y salud mental		
ACTIVIDAD: sesión de orientación	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** I.E #3	
FECHA: 5 de septiembre de 2024	**HORA DE INICIO:** 8:00 am	**HORA DE FINALIZACION:** 12:00 pm

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Damaris Zambrano	1121554748	F	17	Alfonso Lopez	Institucion #3	No Tiene	Anas W							X	
2	Eilien Rodriguez	1121551207	F	18	Alfonso Lopez	Institucion #3	No Tiene	caja Copi							X	Eilien Rodriguez
3	Sebastian Rios	1121536570	M	16	Alfonso Lopez	Institucion #3	3242325210	NEPS							X	
4	Daniela Hoyos	1124806014	F	16	Alfonso Lopez	Institucion #3	3012805566	Militar							X	Daniela Hoyos
5	Daniela Torres	1121529751	F	19	Alfonso Lopez	Institucion #3	3013679911	Anas W							X	Sareth Herrera
6	Sareth Herrera	1123995511	F	19	Alfonso Lopez	Institucion #3	3001161895	DK							X	Braidis P.
7	Braidis Perez	1121328976	F	19	Alfonso Lopez	Institucion #3	3013327836	Anas W							X	
8	Somar Castros	1121532787	M	17	Alfonso Lopez	Institucion #3	3001872791	DK							X	IVIS RIOS
9	IVAS Rios	1124022592	M	19	Alfonso Lopez	Institucion #3	3227017950	Anas W							X	
10	Laura Pitre Ronda	1121535665	F	16	Alfonso Lopez	Institucion #3	3145351337	Caja Copi							X	



PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Convivencia social y salud mental.		
ACTIVIDAD: sesión de orientación	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** I. E #3	
FECHA: 5 de septiembre de 2024	**HORA DE INICIO:** 8:00am	**HORA DE FINALIZACION:** 12:00pm

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Mishil Zambrano	PPT 1028401	F	18	Alfonso Lopez	Institucion #3	3116953144	Anas W							X	
2	Shairik Vargas	1121535102	F	18	Alfonso Lopez	Institucion #3	3116542473	Anas W							X	
3	Neila Gonzalez	1124040200	F	17	Alfonso Lopez	Institucion #3	3145947594	Anas W					X			
4	Grisel Jararuyu	1124021055	F	16	Alfonso Lopez	Institucion #3	3135170175	Anas W					X			Grisel J.
5	Keiner Diaz	1100035157	M	18	Alfonso Lopez	Institucion #3	3016156754	Anas W							X	Keiner Diaz
6	yilson suarez	1121534311	F	17	Alfonso Lopez	Institucion #3	3016955671	N EPS							X	Yilson Suarez
7	Edgar Moreno	PPT 5083984	M	16	Alfonso Lopez	Institucion #3	3046734173	N EPS							X	Edgr M.
8	Maireth Ortiz	1134119487	F	16	Alfonso Lopez	Institucion #3	3005799807	Anas W							X	Maireth O.
9	Yair Nader	PPT 35005977	M	16	Alfonso Lopez	Institucion #3	3046751674	N° tic ni							X	Yair Nader.
10	Shairith cujia	1121535405	F	16	Alfonso Lopez	Institucion #3	3245591208	Anas W						X		Shairith Cujia

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Convivencia social y salud mental		
ACTIVIDAD: sesión de orientación	**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** I.E #3	
FECHA: 5 de septiembre de 2024	**HORA DE INICIO:** 8:00 am	**HORA DE FINALIZACION:** 12:00 pm

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Jose Mercado	1110144944117	M	17	Alfonso Lopez	Institucion #3	3010989294	Anas W							X	Jose Mercado
2	Luisa Ortega	1121536814	F	16	Alfonso Lopez	Institucion #3	3014106177	Anas W						X		Luisa Ortega.
3	Dina Leuana	1124047937	F	16	Alfonso Lopez	Institucion #3	3245360055	Anas W					X			Dina I.
4	Ashley oviedo	1121539361	F	14	Alfonso Lopez	Institucion #3	3209308690	casa con							X	Ashley oviedo.
5	Granda Llanos	1121541060	F	18	Alfonso Lopez	Institucion #3	3012679037	DK							X	Granda LL.
6	Beimar Martinez	1044623928	M	17	Alfonso Lopez	Institucion #3	3113026017	Anas W							X	Beimar M.
7	Maria Torres	1044631232	F	15	Alfonso Lopez	Institucion #3	3242941591	fam. colom							X	Maia Torres
8	Oscar Castro	no sabe	M	16	Alfonso Lopez	Institucion #3	3001934517	Anas W					X			Oscar C.
9	Maria Belen	no sabe	F	15	Alfonso Lopez	Institucion #3	3046460880	Anas W							X	Maria B.
10	Luz Uvarvo	1134171147	F	14	Alfonso Lopez	Institucion #3	3174087330	DK							X	Luz U

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

NOMBRE DE LA DIMENSION: Convivencia Social y Salud Mental			
ACTIVIDAD: sesión de orientación		**TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:** I.E #3	
FECHA: 5 de septiembre de 2024	**HORA DE INICIO:** 8:00am	**HORA DE FINALIZACION:** 12:00PM	

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Diego Becerra	1121536187	M	16	Alfonso Lopez	Institucion #3	3015601014	Copia copi						X		Diego Becerra
2	Cesar Jose Lopez	1124009790	M	17	Alfonso Lopez	Institucion #3	3245139340	DK					X			Cesar Lopez
3	Freimary Rodriguez	1237689396	F	19	Alfonso Lopez	Institucion #3	3233042943	Anas Wayuu					X			Freimary Rodriguez
4	Eduar Pizarro	1118877979	M	16	Alfonso Lopez	Institucion #3	3147552284	Anas Wayuu							X	
5	Celianny's Gonzalez	1124070340	F	16	Alfonso Lopez	Institucion #3	3044588053	DK					X			Celianny's Gonzalez
6	Juan Amaya	1121534300	M	19	Alfonso Lopez	Institucion #3	no tiene	Anas Wayuu						X		Cruz Castillo
7	Luis Bareth	1124010847	M	21	Alfonso Lopez	Institucion #3	no tiene	Anas Wayuu					X			
8	Anibal Epinayu	1134019829	M	25	Alfonso Lopez	Institucion #3	no tiene	DK					X			ANIBAL EPINAYU
9	Yefrey Florez	1121533037	M	19	Alfonso Lopez	Institucion #3	no tiene	Anas Wayuu							X	Yefrey Florez
10	Noheli Gomez	1124508278	F	18	Alfonso Lopez	Institucion #3	no tiene	DK							X	Noheli G

I.P.S.I WAYUU TALATSHI			
Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) como estrategia para la ejecución de las acciones en salud pública para la vigencia 2024, en el Municipio de Maicao, La Guajira.	REF	OCTO	
	TIPO	INTERVENCIONES PREVIS	

FECHA DE INTERVENCION:	5 de septiembre						
NOMBRES Y APELLIDOS:	[illegible]						
FECHA DE NACIMIENTO:		EDAD:	15	SEXO:	M		
DIRECCION:	[illegible]	ESCOLARIDAD:		EAPB:			
ETNIA - RAZA				CONDICION SOCIAL			
INDIGENA:	AFRO:	IND:	OTROS:	VICT:	LGTBI:	DISC:	A M	ENTORNO:
			X					[illegible]

1. **RETROALIMENTACION AL JOVEN SOBRE LOS RIESGOS Y ORIENTACION HACIA EL CAMBIO.**

1.1 Indagar sobre los riesgos al joven y daños que trae consigo el consumo de las sustancias.

[illegible] consumo de [illegible]

Identificación de la etapa del cambio.

Pre-contemplacion: X **Contemplación:**___ **Determinación:**___ **Acción:**___ **Mantenimiento:**___

Descripción de la etapa donde se encuentra:

Pertenencia [illegible]

¿Cuáles son los factores de riesgos que repercuten?

Conducta y [illegible]

1.2 Orientar a la persona sobre los factores de riesgo asociados al consumo de sustancias.

Antecedentes y [illegible] - Familia - Escuela - Entorno social

2. BRINDAR DIFERENTES ALTERNATICAS DE CAMBIO.

2.1. Brindar información sobre otras alternativas asociadas a actividades que le permiten disminuir el nivel del consumo o dejar de consumir.

Actividades lúdicas y deportivas

3. PONER LA RESPONSABILIDAD DEL CAMBIO EN LA PERSONA.

3.1. Orientar a la persona que sienta la posibilidad que tiene control y responsabilidad sobre su proceso de cambio.

Fomentar en los usuarios la toma de decisiones

3.2. Lograr que identifique su responsabilidad sobre sus decisiones y conductas relacionadas con el consumo de drogas.

Para mantener que el consumo de SPA afecta todos los ámbitos de su vida.

4. REFORZAR LA SENSACION DE AUTO EFICACIA DEL USUARIO, PERMITIRLE LS LIBERTAD DE EXPRESION, INDUCIR A LA PERSONA Y/O JOVEN A IDENTIFICAR Y EXPRESAR CUALES SON SUS PROPOSITOS Y CUANTOS SE PUEDEN MANTENER EN EL CAMBIO.

4.1. Identificar y establecer si la persona quiere cambiar.

Para identificar los gustos, costumbres y evitar actitudes que afecten su integridad

I.P.S.I WAYUU TALATSHI			
Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) como estrategia para la ejecución de las acciones en salud pública para la vigencia 2025, en el Municipio de Maicao, La Guajira.	REF	DCTO	
	TIPO	INTERVENCIONES BREVES	

4.2.

Identificación de las metas importantes para la persona.	Definir la consecuencia de su comportamiento actual
quedar a [illegible]	[illegible]

5. Orientar y trabajar la resistencia. El cambio depende de la persona.

[illegible]

6. ORIENTAR Y APOYAR EL SENTIDO DE AUTO-EFICACIA.

6.1. Identificación de fortalezas.

[illegible]

6.2. Que es lo mas importante y lo que mas deseas en tu vida.

[illegible]

I.P.S.I WAYUU TAUATSU			
Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) como estrategia para la ejecución de las acciones en salud pública para la vigencia 2024, en el Municipio de Maicao, La Guajira.	REF TIPO	DLTU INTERVENCIONES BREVES	[illegible]

6.3.

Consecuencias de no cambiar.	Las mejoras por haber cambiado.
No [illegible]	Se [illegible]

FIRMA DE QUIEN SE LE APLICA LA INTERVENCION

N. IDENTIFICACION 1134947664

FIRMA DEL PROFESIONAL

N. IDENTIFICACION 1083186873

I.P.S I WAYUU TAKATSHI			
Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) como estrategia para la ejecucion de las acciones en salud publica para la vigencia 2024, en el Municipio de Maicao, La Guajira.	REF	CICLO	
	TIPO	INTERVENCIONES PEVES	

2. BRINDAR DIFERENTES ALTERNATICAS DE CAMBIO.
   2.1. Brindar información sobre otras alternativas asociadas a actividades que le permiten disminuir el nivel del consumo o dejar de consumir.

   Actividad física

3. PONER LA RESPONSABILIDAD DEL CAMBIO EN LA PERSONA.
   3.1. Orientar a la persona que sienta la posibilidad que tiene control y responsabilidad sobre su proceso de cambio.

   Posibilidad para la toma de decisiones

   3.2. Lograr que identifique su responsabilidad sobre sus decisiones y conductas relacionadas con el consumo de drogas.

   Brindar responsabilidad en el consumo de SPA

4. REFORZAR LA SENSACION DE AUTO EFICACIA DEL USUARIO, PERMITIRLE LS LIBERTAD DE EXPRESION, INDUCIR A LA PERSONA Y/O JOVEN A IDENTIFICAR Y EXPRESAR CUALES SON SUS PROPOSITOS Y CUANTOS SE PUEDEN MANTENER EN EL CAMBIO.
   4.1. Identificar y establecer si la persona quiere cambiar.

   Se identifica deseo de cambio

I.P.S.I WAYUU TALATSHI			
Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) como estrategia para la ejecucion de las acciones en salud pública para la vigencia 2024, en el Municipio de (Maicao), La Guajira.	RLI	OCTO	
	TIPO	INTERVENCIONES BREVES	

FECHA DE INTERVENCION:								
NOMBRES Y APELLIDOS:								
FECHA DE NACIMIENTO:			EDAD:	19	SEXO:	M		
DIRECCION:			ESCOLARIDAD:		EAPB:			
ETNIA - RAZA				CONDICION SOCIAL				
INDIGENA:	AFRO:	IND.	OTROS:	VICT:	LGTBI:	DISC:	A.M	ENTORNO:
			X					

1. **RETROALIMENTACION AL JOVEN SOBRE LOS RIESGOS Y ORIENTACION HACIA EL CAMBIO.**

1.1. **Indagar sobre los riesgos al joven y daños que trae consigo el consumo de las sustancias.**

Identificación de la etapa del cambio.

Pre-contemplacion: X **Contemplación:**___ **Determinación:**___ **Acción:**___ **Mantenimiento:**___

Descripción de la etapa donde se encuentra:

¿Cuáles son los factores de riesgos que repercuten?

1.2 Orientar a la persona sobre los factores de riesgo asociados al consumo de sustancias.

I.P.S.I WAYUU TOUTSAI		
Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) como estrategia para la ejecución de las acciones en salud pública para la vigencia 2026, en el Municipio de Maicao, La Guajira.	REF: OLTU	
	TIPO: INTERVENCIONES BREVES	

4.2.

Identificación de las metas importantes para la persona.	Definir la consecuencia de su comportamiento actual
[illegible]	[illegible]

5. Orientar y trabajar la resistencia. El cambio depende de la persona.

[illegible]

6. ORIENTAR Y APOYAR EL SENTIDO DE AUTO-EFICACIA.

6.1. Identificación de fortalezas.

[illegible]

6.2. Que es lo mas importante y lo que mas deseas en tu vida.

[illegible]

Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) como estrategia para la ejecución de las acciones en salud pública para la vigencia 2024, en el Municipio de Maicao, La Guajira.	REF	OCTO	
	TIPO	INTERVENCIONES BREVES	

6.3.

Consecuencias de no cambiar.	Las mejoras por haber cambiado.
NO [illegible]	Alcanzar metas

FIRMA DE QUIEN SE LE APLICA LA INTERVENCION

N. IDENTIFICACION 1121527772

FIRMA DEL PROFESIONAL

N. IDENTIFICACION 1082018823

I.P.S.I WAYUU TALAYSIII			
Plan de intervenciones Colectivas (PIC) como estrategia para la ejecución de las acciones en salud pública para la vigencia 2024, en el Municipio de Maicao, La Guajira.	REF	OCTO	
	TIPO	INTERVENCIONES BREVES	

FECHA DE INTERVENCION:								
NOMBRES Y APELLIDOS:	Valeria Diaz							
FECHA DE NACIMIENTO:		EDAD:		SEXO:	F			
DIRECCION:	Icaco	ESCOLARIDAD:		EAPB:				
ETNIA - RAZA				CONDICION SOCIAL				
INDIGENA:	AFRO:	IND:	OTROS:	VICT:	LGTBI:	DISC:	AJM	ENTORNO:
			X					Estudio

1. **RETROALIMENTACION AL JOVEN SOBRE LOS RIESGOS Y ORIENTACION HACIA EL CAMBIO.**

1.1. Indagar sobre los riesgos al joven y daños que trae consigo el consumo de las sustancias.

Identifica riesgos de Consumo de SPA

Identificación de la etapa del cambio.

Pre-contemplacion:___ **Contemplación:**___ **Determinación:**___ **Acción:**___ **Mantenimiento:**___

Descripción de la etapa donde se encuentra:

Inicial Consumidor

¿Cuáles son los factores de riesgos que repercuten?

Conflictos familiares - duelo

1.2 Orientar a la persona sobre los factores de riesgo asociados al consumo de sustancias.

Telefonia Social - Informar entidades local donde se encuentra

2. BRINDAR DIFERENTES ALTERNATICAS DE CAMBIO.
   2.1. Brindar información sobre otras alternativas asociadas a actividades que le permiten disminuir el nivel del consumo o dejar de consumir.

Actividad recreativa

3. PONER LA RESPONSABILIDAD DEL CAMBIO EN LA PERSONA.
   3.1. Orientar a la persona que sienta la posibilidad que tiene control y responsabilidad sobre su proceso de cambio.

Actividad recreativa

   3.2. Lograr que identifique su responsabilidad sobre sus decisiones y conductas relacionadas con el consumo de drogas.

Sobre la importancia de tener responsabilidad en toma de decisiones

4. REFORZAR LA SENSACION DE AUTO EFICACIA DEL USUARIO, PERMITIRLE LS LIBERTAD DE EXPRESION, INDUCIR A LA PERSONA Y/O JOVEN A IDENTIFICAR Y EXPRESAR CUALES SON SUS PROPOSITOS Y CUANTOS SE PUEDEN MANTENER EN EL CAMBIO.
   4.1. Identificar y establecer si la persona quiere cambiar.

Expresa que la persona cuando desee de cambiar

I.P.S.I WAYUU TALATSHI			
Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) como estrategia para la ejecución de las acciones en salud pública para la vigencia 2025, en el municipio de Maicao, La Guajira.	REF	DCTO	
	TIPO	INTERVENCIONES BREVES	

4.2.

Identificación de las metas importantes para la persona.	Definir la consecuencia de su comportamiento actual
Bienestar bienestar	Mejor en la

5. Orientar y trabajar la resistencia. El cambio depende de la persona.

6. ORIENTAR Y APOYAR EL SENTIDO DE AUTO-EFICACIA.

6.1. Identificación de fortalezas.

6.2. Que es lo mas importante y lo que mas deseas en tu vida.

I.P.S.I WAYUU TALATSHI			
Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) como estrategia para la ejecución de las acciones en salud pública para la vigencia 2024, en el Municipio de Maicao, La Guajira	RIF	DETO	
	TIPO	INTERVENCIONES BREVES	

6.3.

Consecuencias de no cambiar.	Las mejoras por haber cambiado.
Hay dinamica familiar	Mejoras vida de (ilegible) y familia

FIRMA DE QUIEN SE LE APLICA LA INTERVENCION

N. IDENTIFICACION 5926186

FIRMA DEL PROFESIONAL

N. IDENTIFICACION 1083018823