REALIZAR CIEN (100) PRUEBAS RÁPIDAS DE TAMIZAJE, OCHENTA (80) PARA VIH/SIDA, DIEZ (10) PARA HEPATITIS B Y DIEZ (10) PARA HEPATITIS C, EN POBLACIONES VULNERABLES PRIORIZADAS

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con Calidad Humana

ÁREA DE LA SECTORIAL:	AREA SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PIC 2025						
LUGAR:	SECRETARÍA LOCAL DE SALUD		**FECHA**	6/5/2025	**HORA DE INICIO**	3: 00 PM	
					HORA FINAL	3:30 pm	
TIPO DE ACTIVIDAD:	**Comité**		**Mesa de Trabajo**		**Auditoría**		**Monitoreo/ Seguimiento**	
	Reunión		**Asistencia técnica**		**Capacitación**		**Otra/cual:**	CONCERTACI-ON
TEMA:	Concertación del plan metodológico e implementación de la ficha Hazte la Prueba Salud a tu Comunidad-Valledupar Te Cuida						
OBJETIVO:	Concertar el desarrollo de las actividades contempladas en la estrategia Hazte la Prueba Salud a tu Comunidad-Valledupar Te Cuida, correspondientes al componente de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) del municipio de Valledupar, vigencia 2025.						
POBLACIÓN OBJETO:	Coordinadora del Área de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos; Coordinadora del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC); Referente del Área de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos; y personal universitario de apoyo.						

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Una vez que la Secretaría Local de Salud (SLS) y la ESE Hospital Eduardo Arredondo Daza (HEAD) definieron la fecha, hora y lugar, se dio inicio a la jornada de concertación en las instalaciones de la SLS. El objetivo principal del encuentro fue revisar de manera conjunta la ficha técnica de la estrategia *Hazte la Prueba Salud a tu Comunidad-Valledupar Te Cuida*, perteneciente al área de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSSR), así como acordar la metodología a implementar para su ejecución. Esta jornada se realizó con el fin de orientar la planeación operativa de las actividades, incorporando ajustes basados en experiencias previas y en las dinámicas específicas de las comunidades.

Por parte de la ESE HEAD, participaron Kely Peña, Ángel Morales y Belkis Córdoba. En representación de la SLS, asistió la doctora Delia Karina Meza.La reunión inició con el reconocimiento de la importancia de ejecutar la estrategia conforme a lo estipulado en la ficha técnica, la cual servirá como base para las visitas de supervisión de los contratistas, quienes aplicarán una lista de verificación para evaluar su implementación. En el marco del proceso de concertación, se establecieron los siguientes acuerdos:

- Se acordó priorizar la atención a las trabajadoras sexuales, y con motivo de la conmemoración del

Día de la Madre, se programará una jornada dirigida a esta población, particularmente en el sector de El Boliche. Asimismo, se estableció que la atención a habitantes de calle se realizará en una fase posterior, dado que fueron ampliamente abordados en la intervención del año anterior.

- La líder del área Delia Karina Meza compartió el contacto de la señora Clara Molina, directora del colegio Shalom Paz quien podría colaborar en la gestión del espacio físico para la realización de la actividad, la líder propone que la jornada de tamizaje en lo posible este acompañada de otros servicios de salud para ofrecer a la población a beneficiar, con el fin de realizar una jornada integral en salud.
- Con respecto a la población HSH (hombres que tienen sexo con hombres), se indicó que la articulación con esta comunidad suele darse en el marco de la oferta de estrategias relacionadas con la salud sexual, especialmente a través de la promoción del tamizaje para VIH.
- Se estableció la realización de 25 pruebas de tamizaje para VIH durante el segundo trimestre del año.
- Se destacó la importancia de que, al inicio de cada jornada, se brinde una explicación clara sobre qué es el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y el contrato establecido entre la Secretaría Local de Salud y la ESE-Hospital Eduardo Arredondo Daza (ESE-HEAD) para su ejecución, con el fin de contextualizar a los participantes sobre el marco institucional de la actividad.
- Se recomendó ubicar un pendón visible que contenga los logos del PIC y de la Secretaría Local de Salud, como elemento de identificación institucional y de respaldo a la estrategia.
- Se deberá realizar la asesoría pre y pos para la prueba de VIH, así como el diligenciamiento del consentimiento informado correspondiente. Además, se brindará información clara y accesible a la población sobre la importancia de las pruebas de tamizaje y se realizará entrega de preservativos.

Se anexa la planeación metodológica ajustada, construida con base en las observaciones realizadas durante la jornada de socialización y concertada de manera conjunta con la referente municipal del área de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.

Se da por finalizada la jornada de concertación, siendo la 3:30 p.m., dejando establecidos los compromisos que se detallan a continuación:

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1.	Ajustar las observaciones realizadas a la planeación metodológica de la estrategia Hazte la Prueba Salud a tu Comunidad-Valledupar Te Cuida.	ANGEL LUIS MORALES RAMIREZ	INMEDIATO
2.	Compartir la planeación metodológica de la ficha técnica Hazte la Prueba Salud a tu	KELY DULFAY PEÑA	INMEDIATO

	Comunidad-Valledupar Te Cuida	VIGOYA	

REGISTROS FOTOGRAFICOS

Concertación del plan metodológico e implementación de la ficha Hazte la Prueba Salud a tu Comunidad-Valledupar Te Cuida; miércoles, 6 de mayo de 2025; secretaria local de salud carrera 16 #15 -43 (10°28'17.8"N 73°15'11.2"W).



	Responsable del diligenciamiento:	ANGEL LUIS MORALES RAMIREZ Angel Morales Ramirez 1065834237		
	Cargo /cedula	REFERENTE DEL AREA DE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS		
VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**CARGO/ENTIDAD**	**NÚMERO DE CÉDULA**	**FIRMA**
	DELIA MEZA	COORD.AREA DE SDSR - SLS	49.795.878. V.por	
	BELKIS CORDOBA QUINTERO	COORD DEL PIC VIGENCIA 2025 – HEAD	49795708	
	ANGEL LUIS MORALES RAMIREZ	REFERENTE DEL AREA DE SDSR - PIC- HEAD	1065834237	Angel Morales
	KELY PEÑA VIGOYA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO APOYO	1067711131 Agustin Cadavid	
ANEXO	No aplica			

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD · Valledupar te cuida	SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR PLAN METODOLICO AREA SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	HEAD · PIC

SECRETARIA LOCAL DE SALUD		
AREA SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS		
PLAN METODOLOGICO		
HAZTE LA PRUEBA SALUD A TU COMUNIDAD-VALLEDUPAR TE CUIDA		
Objetivo		Promover que los grupos priorizados adopten una cultura de autocuidado frente a las ITS y el VIH así como la importancia de las pruebas de tamizaje cuando se ha tenido comportamientos de riesgo.
Indicadores	**Resultado Asociado**	Mantener en 33 el porcentaje de transmisión materno infantil del VIH
	Producto Asociado	Realizar cuatro (4) estrategias para el abordaje de la prevención de las enfermedades de transmisión sexual en el marco de la Atención Primaria en Salud.
Nombre de la Actividad		Realizar cien (100) pruebas rápidas de tamizaje, ochenta (80) para VIH/SIDA, diez (10) para Hepatitis B y diez (10) para Hepatitis C, en poblaciones vulnerables priorizadas
Descripción de la actividad		Previa concertación con la referente del área de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos. espacio de diálogo que permitirá alinear los objetivos, enfoques y estrategias metodológicas con las directrices institucionales, así como garantizar la pertinencia cultural, pedagógica y contextual de las acciones propuestas. La intervención colectiva **"Hazte la Prueba – Salud a tu Comunidad, Valledupar Te Cuida"** dará inicio con una **cálida bienvenida a los participantes**, liderada por el equipo de apoyo logístico. Esta apertura incluirá una **explicación clara y precisa sobre el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)**, así como del **convenio establecido entre la Secretaría Local de Salud y la ESE HEAD**, resaltando su importancia en la **promoción de la salud pública**, la prevención de enfermedades transmisibles y el fortalecimiento del bienestar comunitario. Seguidamente, se socializará el **objetivo general de la estrategia**, orientado a fomentar una **cultura de autocuidado frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS), particularmente el VIH HEPATITIS B Y**

HEPATITIS C, y a promover la **realización oportuna de pruebas de tamizaje**, especialmente entre personas que han tenido comportamientos de riesgo. Se enfatizará en la responsabilidad individual como herramienta para la protección de la salud personal y colectiva.

Con el fin de garantizar una adecuada organización y trazabilidad de los participantes, se darán instrucciones para el **diligenciamiento correcto de la lista de asistencia**, permitiendo consolidar un **registro fiable para efectos de seguimiento, evaluación y sistematización de datos** relacionados con la intervención.

Posteriormente, se iniciará el proceso de **asesoría preprueba**, donde se brindará información comprensible, basada en evidencia, sobre el VIH / SIDA, y sobre las pruebas rápidas de tamizaje para **VIH, hepatitis B y hepatitis C**. En esta fase, se procederá con la **lectura y diligenciamiento del consentimiento informado**, documento que tiene como finalidad asegurar que cada persona tome la decisión de realizarse la prueba de VIH de manera **libre, voluntaria, consciente y autónoma**, con pleno conocimiento de su alcance, beneficios y posibles implicaciones. Este proceso responde a los principios éticos y legales que rigen el acto médico.

Una vez firmado el consentimiento, se realizará la **toma de muestra para la prueba de tamizaje rápido VIH.** Posteriormente, se ofrecerá una **asesoría posprueba confidencial**, en la cual se entregarán y explicarán los resultados de forma clara y empática. Si alguno de los resultados es reactivo, se brindará orientación médica personalizada y se gestionará la **remisión inmediata a los servicios de atención especializada**, asegurando así un abordaje clínico integral y oportuno.

Como componente fundamental de la jornada, se desarrollará un **espacio informativo en salud sexual y reproductiva**, donde se ofrecerá a la comunidad **información médica clara, científica y accesible**, orientada

	al **autocuidado frente a las ITS, con énfasis en el VIH / SIDA, HEPATITIS B Y HEPATITIS C**, y se realizará entrega de preservativos. Durante este espacio, se explicará que las **ITS, incluido el VIH, se transmiten principalmente por contacto sexual sin protección**, aunque también pueden adquirirse por **exposición a sangre contaminada o transmisión vertical** (de madre a hijo durante el embarazo, parto o lactancia). Se promoverán prácticas preventivas efectivas como el **uso correcto y constante del preservativo**, la **reducción del número de parejas sexuales**, la **realización periódica de pruebas de tamizaje**, y el **fortalecimiento de la comunicación en pareja sobre la salud sexual**. Desde el punto de vista clínico, se profundizará en los **efectos del VIH en el organismo**, destacando su acción sobre el **sistema inmunológico** mediante la destrucción progresiva de las células CD4, lo que conlleva una mayor vulnerabilidad a **infecciones oportunistas y ciertos tipos de cáncer**. Igualmente, se abordarán los **impactos psicológicos y sociales** asociados al diagnóstico, tales como la ansiedad, la depresión, el estigma, la discriminación y el aislamiento, los cuales pueden afectar gravemente la calidad de vida si no se proporciona acompañamiento integral. Se destacará la **importancia del diagnóstico temprano** mediante pruebas de tamizaje como herramienta clave para **detectar a tiempo la infección**, iniciar de forma inmediata el tratamiento antirretroviral (TAR) y cortar la cadena de transmisión. Se explicará el concepto **U=U (Indetectable = Intransmisible)**, que demuestra que una persona con carga viral indetectable no transmite el VIH por vía sexual, lo que reafirma la efectividad del tratamiento y su impacto positivo en la salud pública. Además, se informará sobre la **eficacia del TAR**, que, gracias a esquemas modernos de medicamentos antirretrovirales, permite a las personas con VIH llevar una

	SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR PLAN METODOLICO AREA SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	

	vida plena, saludable y productiva. Se insistirá en que la **adherencia estricta al tratamiento** no solo garantiza una buena respuesta clínica, sino que **reduce el miedo y la incertidumbre** frente al futuro, promoviendo un bienestar integral. Finalmente, se transmitirá a los asistentes un mensaje contundente y esperanzador: **el conocimiento es poder**. Conocer el estado serológico propio, practicar el autocuidado de manera constante y acceder a los servicios de salud de forma oportuna son pilares fundamentales para la **prevención y control de las ITS/VIH** y para el fortalecimiento de una **salud sexual y reproductiva digna, autónoma y libre de estigmas**. **Equipo y materiales** • Pendón con los logos del PIC y SLS • Lista de asistencia • lapiceros • 1 bolsa roja • 1 caja de guantes de manejo • 100 lancetas • 1 guardián • Alcohol • Algodón • 80 pruebas rápidas de VIH • 10 pruebas Hepatitis C • 10 pruebas de Hepatitis B • 80 formatos de consentimiento informado y asesoría para VIH • 10 formatos de consentimiento informado y asesoría para HB • 10 formatos de consentimiento informado y asesoría para HC

Elaboro: Angel Luis Morales Ramirez

Reviso y Aprobó: Delia Karina Meza, Coordinadora del área de Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivos.

Información tomada de archivos, artículos, documentales de Redalyc, Scielo, repositorios de Universidades, Libros virtuales, entre otros, así como también videos de Youtube.

E.S.E HOSPITAL HEDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVECION COLECTIVA VIGENCIA 2025
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ESTRATEGIA	Hazte la Prueba Salud a tu Comunidad-Valledupar Te Cuida		
JORNADA N°1	Jueves, 12 de junio de 2025	9:00 am	BUCHANANS NIGHT CLUB
RESPONSABLES	Equipo del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)		

BELKIS CORDOBA QUINTERO
COORDINADORA PIC 2025

ANGEL MORALES RAMIRES
REFERENTE ASDSR

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC – 2025
MUNICIPIO DE VALLEDUPAR

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

Valledupar, 21 de mayo de 2025

Señora.
Milena Sofía Silva Luqués
Líder de mujeres

Asunto: Solicitud de articulación para la ejecución de la estrategia de la estrategia *Hazte la Prueba Salud a tu Comunidad-Valledupar Te Cuida*

Cordial saludo:

En el marco del desarrollo del **Plan De Intervenciones Colectivas (PIC)** del municipio de Valledupar, liderado por la secretaria local de salud y ejecutado por la E.S.E Hospital Eduardo Arredondo Daza durante la vigencia 2025, me permito socializar con usted la implementación de la estrategia **"Hazte la Prueba, Salud a tu Comunidad"**, mediante la cual se realizarán cien (100) pruebas rápidas de tamizaje: ochenta (80) para VIH/SIDA, diez (10) para Hepatitis B y diez (10) para Hepatitis C, dirigidas a poblaciones vulnerables priorizadas a lo largo del año. Estos con aras de Promover que los grupos priorizados adopten una cultura de autocuidado frente a las ITS y el VIH así como la importancia de las pruebas de tamizaje. de esta manera impactar en la Detección temprana del VIH, el Aumento del uso del preservativo Disminución de los eventos de ITS y VIH, Autocuidado de la salud, Prevención de riesgos en salud cuando se ha tenido comportamientos de riesgo.

en este sentido me complace informar que para este segundo trimestre del año en curso se realizaran 25 pruebas de VIH a las trabajadoras sexuales del sector boliche, motivo por el cual solicitamos su valiosa articulación y aprobación para realizar la jornada de tamizaje y por ende convocar a la población

Agradecemos de antemano su disposición y quedamos atentos a su respuesta para coordinar la socialización, programación de la actividad en una fecha acordada conjuntamente.

Atentamente

Angel Morales R

Angel Luis Morales Ramirez
Enfermero – HEAD
PIC 2025
Cel: 311-421-5486

Milena Silva
21/05/2025

poblaciones vulnerables previamente priorizadas, con el objetivo de promover una cultura de autocuidado

frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH.

Asimismo, se resaltó la importancia de las pruebas de tamizaje como herramienta fundamental para la detección oportuna y la prevención, especialmente en contextos donde han existido comportamientos de riesgo. La estrategia busca generar un impacto positivo en la salud pública mediante los siguientes resultados: Detección temprana del VIH; Incremento del uso del preservativo; Disminución de eventos relacionados con ITS y VIH; Fortalecimiento del autocuidado en salud y Prevención de riesgos sanitarios dentro de esta población priorizada.

Dando continuidad a la reunión, se informó a la señora Milena Sofía Silva Luqués que, para el segundo trimestre del presente año, la Secretaría Local de Salud priorizó a las mujeres trabajadoras sexuales del sector conocido como El Boliche como beneficiarias para la toma de pruebas de tamizaje para VIH, en la cual se realizarán un total de veinticinco (25) pruebas.

Posteriormente, se informó a la lideresa que, para la adecuada ejecución de la actividad, era necesario establecer contacto previo con los propietarios o administradores de los establecimientos donde se encuentran las poblaciones a beneficiar, así como con el líder comunitario del barrio El Carmen, con el fin de que estuviesen debidamente informados sobre la actividad a realizar con las trabajadoras sexuales.

En atención a esta recomendación, la señora Silva Luqués facilitó una lista de contactos correspondientes a algunos de los administradores de los lenocinios del sector. No obstante, señaló que no podía garantizar que dichas personas continuaran siendo las responsables actuales de los establecimientos. Por ello, sugirió que, al momento de entregar las cartas de notificación, se contara con su acompañamiento, a fin de facilitar el acercamiento y la interlocución con los encargados.

Acogiendo esta propuesta, se acordó establecer como fecha y hora oficial para la entrega de los oficios de articulación el día martes 3 de junio de 2025 a las 3:00 p. m., contando con la presencia de la señora Milena Sofía Silva Luqués como enlace comunitario y facilitadora del proceso.

En el marco de la misma reunión, la señora Silva Luqués estableció contacto telefónico con el señor Hugo González, líder comunitario del barrio El Carmen. Durante la llamada, se le explicó de forma resumida la estrategia "Hazte la Prueba, Salud a tu Comunidad – Valledupar Te Cuida", resaltando su propósito, enfoque y beneficios esperados para la comunidad.

El señor González expresó su agrado por la iniciativa, valorando su pertinencia y contribución al bienestar colectivo. Además, manifestó su disposición para colaborar en la logística del evento, comprometiéndose a identificar un sitio estratégico que garantizara condiciones de comodidad, confort y, especialmente, privacidad para las trabajadoras sexuales, asegurando así su bienestar y dignidad durante el desarrollo de la realización de las pruebas de tamizaje rápido para VIH.

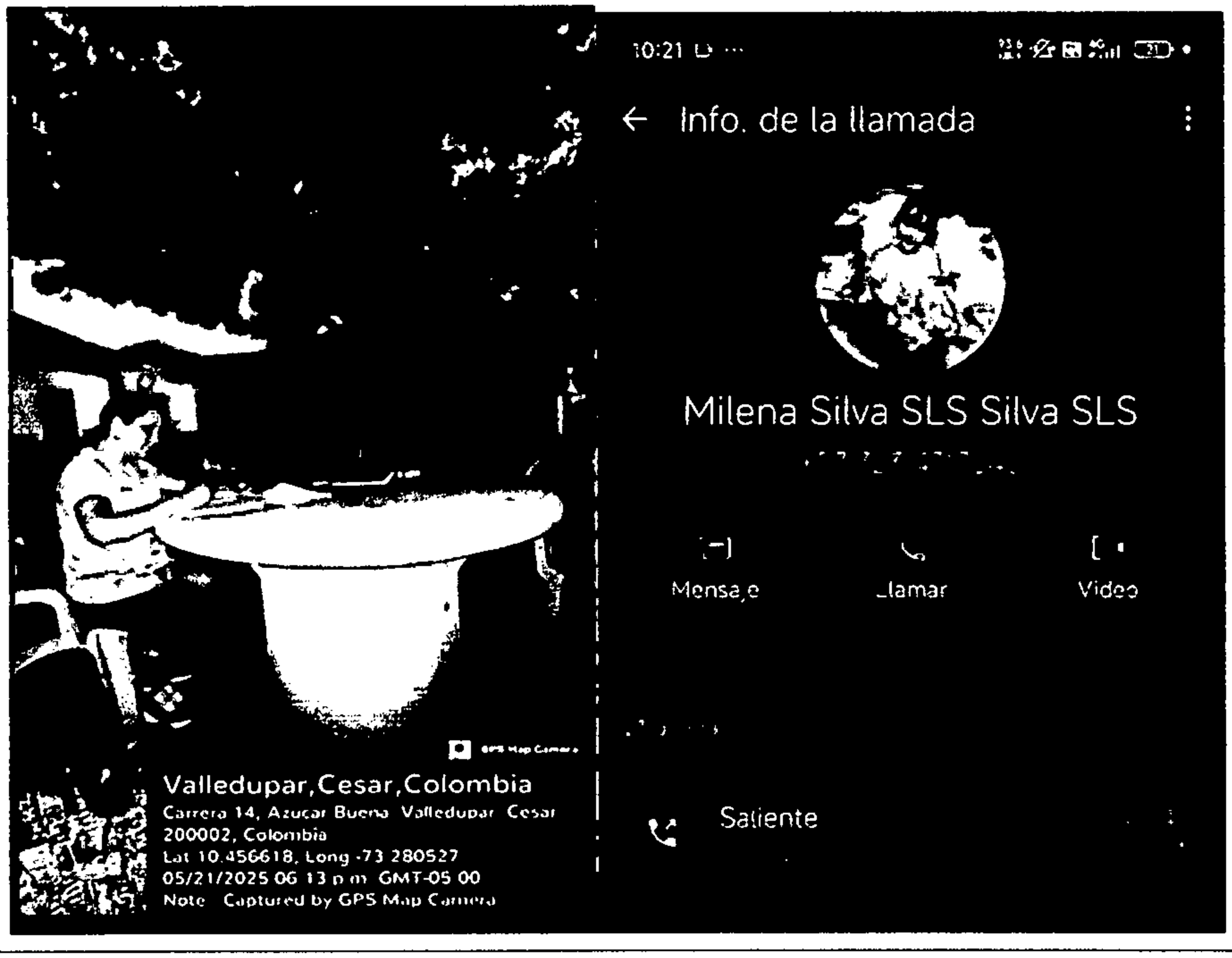
Finalmente, en el marco de los acuerdos establecidos durante la reunión, se definió la fecha oficial para la realización de **las pruebas rápidas de tamizaje para VIH**, dirigida a las mujeres trabajadoras sexuales previamente priorizadas. La actividad se llevará a cabo el **jueves 12 de junio de 2025**, a partir de las **9:00 a. m., hora local en el lenocinio Buchanans night club**.

Esta actividad representa un hito significativo dentro de la implementación de la estrategia **"Hazte la Prueba, Salud a tu Comunidad – Valledupar Te Cuida"**, y responde al compromiso institucional de acercar los servicios de salud a poblaciones en condición de vulnerabilidad, garantizando el acceso oportuno a procesos de detección, prevención y promoción del autocuidado en salud sexual y reproductiva.
La reunión de concertación concluyó a la 6:40 pm, quedando establecidos los siguientes compromisos

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
	Acompañamiento con el objetivo de facilitar un acercamiento respetuoso y el diálogo abierto con las personas responsables de los establecimientos donde se ejerce el trabajo sexual.	MILENA SOFÍA SILVA LUQUÉS	3 DE JUNIO DE 2025
	Convocar a las mujeres trabajadoras sexuales, para su participación activa en la realización de pruebas de tamizaje rápido para VIH.	MILENA SOFÍA SILVA LUQUÉS	12 DE JUNIO DE 2025

REGISTROS FOTOGRAFICOS



La Sexta #5 Yeans = 3104538069
Posada de anlanes #4 - Emperatriz = 3214556975
El Rosedal # 9 = Cheyu - 7126774??
Residencia Esmeralda #2 Yibeth = 7436574?1
Residencia Junior # 7 Milery = 30?336??2
Residencia Antioquia #5 - Mayela = 3125875156
Residencia Colombiana # 1 = Cecilia Cortes = 3214260355
El Arbol #10 - Campo elias = 3216934135
Hostal Kchute #13 = Yuliana - 304 336 1671
Las Golozas # 12 = Wilmer ovilo = 3206152351

VALIDADORES DEL ACTA	**Responsable del diligenciamiento:**	ANGEL LUIS MORALES RAMIREZ		
	Cargo /cedula	REFERENTE DEL ÁREA DE SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS – PIC 2025 ID 1065834237		
	NOMBRE	**CARGO/ENTIDAD**	**NÚMERO DE CÉDULA**	**FIRMA**
	MILENA SOFÍA SILVA LUQUÉS	LIDERESA Y REPRESENTANTE DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES DEL SECTOR	77177200	
ANEXOS	Lista de Asistencia			

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

SECRETARIA LOCAL DE SALUD – HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025

LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: X CAPACITACION: ____ OTRO: ____ CUAL?: ____

NOMBRE DEL EVENTO: Articulacion - Concatacion Salud a tu comunidad

RESPONSABLE: Angelluis Maestre FECHA: 21/05/25 HORA: 5:40 PM LUGAR: Villas de Catalina 2 Manzana G Casa 93

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. 0-5 2. 6-11 3. 12-17 4. 18-28 5. 29-59 6. 60 AÑOS O MAS	EMBARAZADA 1.SI 2. NO	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS 5. NO	CABEZA DE FAMILIA 1.SI 2. NO	DISCAPACIDAD: 1. PCD 2. CUIDADOR PCD 3. NO	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Yolena Silva	77177200	3	5	N.O	2	5	1	3	3234717040	Hogar Lidia	
2	Key Pena Vi9019	1067711131	2	5	2	4	1	1	3	3007804460	PIC	
3	Angelluis M.	1065858410	1	4	1	4	5	2	3	3114215486	Padrino PIC	
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

Marcain González
Buchanans N. Club
Recibido

Valledupar, 3 de junio de 2025

Señores.
Administradores
Lenocinios – Sector Boliche

Asunto: Invitación para la ejecución de la estrategia *Hazte la Prueba, Salud a tu Comunidad – Valledupar Te Cuida*

Cordial saludo:

En el marco del desarrollo del **Plan De Intervenciones Colectivas (PIC)** del municipio de Valledupar, liderado por la secretaria local de salud y ejecutado por la E.S.E Hospital Eduardo Arredondo Daza durante la vigencia 2025, me permito socializar con usted la implementación de la estrategia **"Hazte la Prueba, Salud a tu Comunidad"**, mediante la cual se realizarán cien (100) pruebas rápidas de tamizaje: ochenta (80) para VIH/SIDA, diez (10) para Hepatitis B y diez (10) para Hepatitis C, dirigidas a poblaciones vulnerables priorizadas a lo largo del año.

Esta estrategia tiene como objetivo **promover una cultura de autocuidado frente a las ITS y el VIH** en los grupos priorizados, resaltando la importancia de las pruebas de tamizaje para lograr: La detección temprana del VIH, El aumento del uso del preservativo, La disminución de eventos de ITS y VIH, El fortalecimiento del autocuidado en salud, y La prevención de riesgos.

En este sentido, me complace informar que, para el segundo trimestre del presente año, se tiene programada la realización de **25 pruebas rápidas de VIH dirigidas a las trabajadoras sexuales del sector Boliche**, la cual se llevará a cabo el **jueves 12 de junio del año en curso, a partir de las 9:00 a.m. lenocinio Buchanans Night Club**

Por tal motivo, solicitamos su **valiosa participación** y el **acompañamiento** de las trabajadoras sexuales que se encuentren laborando en el lugar, con el fin de desarrollar exitosamente esta jornada de tamizaje y garantizar su adecuada convocatoria.

Agradecemos de antemano su disposición y quedamos atentos a su respuesta para ultimar detalles.

Atentamente,

Angel Morales

Angel Luis Morales Ramirez
Enfermero – HEAD
PIC 2025
Cel: 311-421-5486

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC – 2025
MUNICIPIO DE VALLEDUPAR

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

Ramiro Arturo Fontalvo
La secta
recibido

Valledupar, 3 de junio de 2025

Señores.
Administradores
Lenocinios – Sector Boliche

Asunto: Invitación para la ejecución de la estrategia *Hazte la Prueba, Salud a tu Comunidad – Valledupar Te Cuida*

Cordial saludo:

En el marco del desarrollo del **Plan De Intervenciones Colectivas (PIC)** del municipio de Valledupar, liderado por la secretaria local de salud y ejecutado por la E.S.E Hospital Eduardo Arredondo Daza durante la vigencia 2025, me permito socializar con usted la implementación de la estrategia **"Hazte la Prueba, Salud a tu Comunidad"**, mediante la cual se realizarán cien (100) pruebas rápidas de tamizaje: ochenta (80) para VIH/SIDA, diez (10) para Hepatitis B y diez (10) para Hepatitis C, dirigidas a poblaciones vulnerables priorizadas a lo largo del año.

Esta estrategia tiene como objetivo **promover una cultura de autocuidado frente a las ITS y el VIH** en los grupos priorizados, resaltando la importancia de las pruebas de tamizaje para lograr: La detección temprana del VIH, El aumento del uso del preservativo, La disminución de eventos de ITS y VIH, El fortalecimiento del autocuidado en salud, y La prevención de riesgos.

En este sentido, me complace informar que, para el segundo trimestre del presente año, se tiene programada la realización de **25 pruebas rápidas de VIH dirigidas a las trabajadoras sexuales del sector Boliche**, la cual se llevará a cabo el **jueves 12 de junio del año en curso, a partir de las 9:00 a.m. lenocinio Buchanans Night Club**

Por tal motivo, solicitamos su **valiosa participación** y el **acompañamiento** de las trabajadoras sexuales que se encuentren laborando en el lugar, con el fin de desarrollar exitosamente esta jornada de tamizaje y garantizar su adecuada convocatoria.

Agradecemos de antemano su disposición y quedamos atentos a su respuesta para ultimar detalles.

Atentamente,

Angel Morales

Angel Luis Morales Ramirez
Enfermero – HEAD
PIC 2025
Cel: 311-421-5486

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC – 2025
MUNICIPIO DE VALLEDUPAR

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

Valledupar, 3 de junio de 2025

Flita Benjamca
Recibido
Rosada

Señores.
Administradores
Lenocinios – Sector Boliche

Asunto: Invitación para la ejecución de la estrategia *Hazte la Prueba, Salud a tu Comunidad – Valledupar Te Cuida*

Cordial saludo:

En el marco del desarrollo del **Plan De Intervenciones Colectivas (PIC)** del municipio de Valledupar, liderado por la secretaria local de salud y ejecutado por la E.S.E Hospital Eduardo Arredondo Daza durante la vigencia 2025, me permito socializar con usted la implementación de la estrategia **"Hazte la Prueba, Salud a tu Comunidad"**, mediante la cual se realizarán cien (100) pruebas rápidas de tamizaje: ochenta (80) para VIH/SIDA, diez (10) para Hepatitis B y diez (10) para Hepatitis C, dirigidas a poblaciones vulnerables priorizadas a lo largo del año.

Esta estrategia tiene como objetivo **promover una cultura de autocuidado frente a las ITS y el VIH** en los grupos priorizados, resaltando la importancia de las pruebas de tamizaje para lograr: La detección temprana del VIH, El aumento del uso del preservativo, La disminución de eventos de ITS y VIH, El fortalecimiento del autocuidado en salud, y La prevención de riesgos.

En este sentido, me complace informar que, para el segundo trimestre del presente año, se tiene programada la realización de **25 pruebas rápidas de VIH dirigidas a las trabajadoras sexuales del sector Boliche**, la cual se llevará a cabo el **jueves 12 de junio del año en curso, a partir de las 9:00 a.m. lenocinio Buchanans Night Club**

Por tal motivo, solicitamos su **valiosa participación** y el **acompañamiento** de las trabajadoras sexuales que se encuentren laborando en el lugar, con el fin de desarrollar exitosamente esta jornada de tamizaje y garantizar su adecuada convocatoria.

Agradecemos de antemano su disposición y quedamos atentos a su respuesta para ultimar detalles.

Atentamente,

Angel Luis Morales Ramirez
Enfermero – HEAD
PIC 2025
Cel: 311-421-5486

	SECRETARIA LOCAL DE SALUD **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC – 2025** **MUNICIPIO DE VALLEDUPAR**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

Valledupar, 3 de junio de 2025

Ana María Hernandez
Rosa Blanca.
Peabdo

Señores.
Administradores
Lenocinios – Sector Boliche

Asunto: Invitación para la ejecución de la estrategia *Hazte la Prueba, Salud a tu Comunidad – Valledupar Te Cuida*

Cordial saludo:

En el marco del desarrollo del **Plan De Intervenciones Colectivas (PIC)** del municipio de Valledupar, liderado por la secretaria local de salud y ejecutado por la E.S.E Hospital Eduardo Arredondo Daza durante la vigencia 2025, me permito socializar con usted la implementación de la estrategia **"Hazte la Prueba, Salud a tu Comunidad"**, mediante la cual se realizarán cien (100) pruebas rápidas de tamizaje: ochenta (80) para VIH/SIDA, diez (10) para Hepatitis B y diez (10) para Hepatitis C, dirigidas a poblaciones vulnerables priorizadas a lo largo del año.

Esta estrategia tiene como objetivo **promover una cultura de autocuidado frente a las ITS y el VIH** en los grupos priorizados, resaltando la importancia de las pruebas de tamizaje para lograr: La detección temprana del VIH, El aumento del uso del preservativo, La disminución de eventos de ITS y VIH, El fortalecimiento del autocuidado en salud, y La prevención de riesgos.

En este sentido, me complace informar que, para el segundo trimestre del presente año, se tiene programada la realización de **25 pruebas rápidas de VIH dirigidas a las trabajadoras sexuales del sector Boliche**, la cual se llevará a cabo el **jueves 12 de junio del año en curso, a partir de las 9:00 a.m. lenocinio Buchanans Night Club**

Por tal motivo, solicitamos su **valiosa participación** y el **acompañamiento** de las trabajadoras sexuales que se encuentren laborando en el lugar, con el fin de desarrollar exitosamente esta jornada de tamizaje y garantizar su adecuada convocatoria.

Agradecemos de antemano su disposición y quedamos atentos a su respuesta para ultimar detalles.

Atentamente,

Angel Morales

Angel Luis Morales Ramirez
Enfermero – HEAD
PIC 2025
Cel: 311-421-5486

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC – 2025
MUNICIPIO DE VALLEDUPAR

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

Alexander P. Paradise Disco Club Recibido

Valledupar, 3 de junio de 2025

Señores.
Administradores
Lenocinios – Sector Boliche

Asunto: Invitación para la ejecución de la estrategia *Hazte la Prueba, Salud a tu Comunidad – Valledupar Te Cuida*

Cordial saludo:

En el marco del desarrollo del **Plan De Intervenciones Colectivas (PIC)** del municipio de Valledupar, liderado por la secretaria local de salud y ejecutado por la E.S.E Hospital Eduardo Arredondo Daza durante la vigencia 2025, me permito socializar con usted la implementación de la estrategia **"Hazte la Prueba, Salud a tu Comunidad"**, mediante la cual se realizarán cien (100) pruebas rápidas de tamizaje: ochenta (80) para VIH/SIDA, diez (10) para Hepatitis B y diez (10) para Hepatitis C, dirigidas a poblaciones vulnerables priorizadas a lo largo del año.

Esta estrategia tiene como objetivo **promover una cultura de autocuidado frente a las ITS y el VIH** en los grupos priorizados, resaltando la importancia de las pruebas de tamizaje para lograr: La detección temprana del VIH, El aumento del uso del preservativo, La disminución de eventos de ITS y VIH, El fortalecimiento del autocuidado en salud, y La prevención de riesgos.

En este sentido, me complace informar que, para el segundo trimestre del presente año, se tiene programada la realización de **25 pruebas rápidas de VIH dirigidas a las trabajadoras sexuales del sector Boliche**, la cual se llevará a cabo el **jueves 12 de junio del año en curso, a partir de las 9:00 a.m. lenocinio Buchanans Night Club**

Por tal motivo, solicitamos su **valiosa participación** y el **acompañamiento** de las trabajadoras sexuales que se encuentren laborando en el lugar, con el fin de desarrollar exitosamente esta jornada de tamizaje y garantizar su adecuada convocatoria.

Agradecemos de antemano su disposición y quedamos atentos a su respuesta para ultimar detalles.

Atentamente,

Angel Morales

Angel Luis Morales Ramirez
Enfermero – HEAD
PIC 2025
Cel: 311-421-5486

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC – 2025
MUNICIPIO DE VALLEDUPAR

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

Valledupar, 3 de junio de 2025

Campo Elias Negrette.
El Trebol
Recibido

Señores.
Administradores
Lenocinios – Sector Boliche

Asunto: Invitación para la ejecución de la estrategia *Hazte la Prueba, Salud a tu Comunidad – Valledupar Te Cuida*

Cordial saludo:

En el marco del desarrollo del **Plan De Intervenciones Colectivas (PIC)** del municipio de Valledupar, liderado por la secretaria local de salud y ejecutado por la E.S.E Hospital Eduardo Arredondo Daza durante la vigencia 2025, me permito socializar con usted la implementación de la estrategia **"Hazte la Prueba, Salud a tu Comunidad"**, mediante la cual se realizarán cien (100) pruebas rápidas de tamizaje: ochenta (80) para VIH/SIDA, diez (10) para Hepatitis B y diez (10) para Hepatitis C, dirigidas a poblaciones vulnerables priorizadas a lo largo del año.

Esta estrategia tiene como objetivo **promover una cultura de autocuidado frente a las ITS y el VIH** en los grupos priorizados, resaltando la importancia de las pruebas de tamizaje para lograr: La detección temprana del VIH, El aumento del uso del preservativo, La disminución de eventos de ITS y VIH, El fortalecimiento del autocuidado en salud, y La prevención de riesgos.

En este sentido, me complace informar que, para el segundo trimestre del presente año, se tiene programada la realización de **25 pruebas rápidas de VIH dirigidas a las trabajadoras sexuales del sector Boliche**, la cual se llevará a cabo el **jueves 12 de junio del año en curso, a partir de las 9:00 a.m. lenocinio Buchanans Night Club**

Por tal motivo, solicitamos su **valiosa participación** y el **acompañamiento** de las trabajadoras sexuales que se encuentren laborando en el lugar, con el fin de desarrollar exitosamente esta jornada de tamizaje y garantizar su adecuada convocatoria.

Agradecemos de antemano su disposición y quedamos atentos a su respuesta para ultimar detalles.

Atentamente,

Angel Luis Morales Ramirez
Enfermero – HEAD
PIC 2025
Cel: 311-421-5486

Valledupar, 3 de junio de 2025

Señores.
Administradores
Lenocinios – Sector Boliche

Asunto: Invitación para la ejecución de la estrategia *Hazte la Prueba, Salud a tu Comunidad – Valledupar Te Cuida*

Cordial saludo:

En el marco del desarrollo del **Plan De Intervenciones Colectivas (PIC)** del municipio de Valledupar, liderado por la secretaria local de salud y ejecutado por la E.S.E Hospital Eduardo Arredondo Daza durante la vigencia 2025, me permito socializar con usted la implementación de la estrategia **"Hazte la Prueba, Salud a tu Comunidad"**, mediante la cual se realizarán cien (100) pruebas rápidas de tamizaje: ochenta (80) para VIH/SIDA, diez (10) para Hepatitis B y diez (10) para Hepatitis C, dirigidas a poblaciones vulnerables priorizadas a lo largo del año.

Esta estrategia tiene como objetivo **promover una cultura de autocuidado frente a las ITS y el VIH** en los grupos priorizados, resaltando la importancia de las pruebas de tamizaje para lograr: La detección temprana del VIH, El aumento del uso del preservativo, La disminución de eventos de ITS y VIH, El fortalecimiento del autocuidado en salud, y La prevención de riesgos.

En este sentido, me complace informar que, para el segundo trimestre del presente año, se tiene programada la realización de **25 pruebas rápidas de VIH dirigidas a las trabajadoras sexuales del sector Boliche**, la cual se llevará a cabo el **jueves 12 de junio del año en curso, a partir de las 9:00 a.m. lenocinio Buchanans Night Club**

Por tal motivo, solicitamos su **valiosa participación** y el **acompañamiento** de las trabajadoras sexuales que se encuentren laborando en el lugar, con el fin de desarrollar exitosamente esta jornada de tamizaje y garantizar su adecuada convocatoria.

Agradecemos de antemano su disposición y quedamos atentos a su respuesta para ultimar detalles.

Atentamente,

Angel Luis Morales Ramirez
Enfermero – HEAD
PIC 2025
Cel: 311-421-5486

ÁREA DE LA SECTORIAL:	*ÁREA DE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS*						
LUGAR:	*LENOCINIOS DEL SECTOR BOLICHE*		**FECHA**	3/06/025	**HORA DE INICIO**	*3:00 pm*	
					HORA FINAL	*6:00 pm*	
TIPO DE ACTIVIDAD:	**Comité**		**Mesa de Trabajo**		**Auditoría**		**Monitoreo/ Seguimiento**
	Reunión		**Asistencia técnica**		**Capacitación**		**Otra/cual:** CONCERTACION
TEMA:	Concertación con administradores de establecimientos del sector Boliche para la realización de 25 pruebas de tamizaje rápido para VIH en el marco de la Estrategia 'Hazte la Prueba, Salud a tu Comunidad – Valledupar Te Cuida'						
OBJETIVO:	Concertar el sitio para el desarrollo de la actividad correspondiente al área de Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos, en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) del municipio de Valledupar, vigencia 2025, relacionadas con la implementación de la estrategia "Hazte la Prueba, Salud a tu Comunidad – Valledupar Te Cuida".						
POBLACIÓN OBJETO:	Administradores de establecimientos de lenocinio del sector Boliche, lideresa y representante de las trabajadora sexuales del sector, referente del área de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, y personal de apoyo universitario.						

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Previa concertación de fecha, hora y lugar de la reunión por parte de la E.S.E. Hospital Eduardo Arredondo Daza (HEAD) y la Líder de mujeres, se dio inicio a la misma en la residencia de la señora Milena Sofía Silva Luqués, ubicada en el barrio Villas de Catalina 2, manzana 6, casa 73,a las 3:00 pm con el propósito de realizar recorrido de los lenocinios para hacer entrega de invitaciones y concertar el sitio donde se llevara a cabo las 25 pruebas de tamizaje de rápido para VIH en el marco de la estrategia Hazte la Prueba Salud a tu Comunidad-Valledupar Te Cuida, conforme a lo estipulado en el plan de acción del Plan de Intervenciones Colectivas, vigencia 2025.En representación de la E.S.E. HEAD asistieron el enfermero Ángel Luis Morales Ramírez, referente del área para ese momento, y la profesional universitaria de apoyo Kely Peña Vigoya. Por parte de la comunidad participó la señora Milena Sofía Silva Luqués, lideresa y representante de las trabajadoras sexuales del sector.

De esta manera, se dio inicio al recorrido con la visita al primer establecimiento, **Disco Bar K'Chetes**,

ubicado en la calle 22 #16-57, donde se sostuvo diálogo con su administrador, el señor **Juan Carlos Cárdenas - Tel: 302 665 3580**. Seguidamente, se realizó el acercamiento al establecimiento **Buchanans Night Club**, ubicado en la calle 18 #9-29, administrado por el señor **Marwin González – Tel: 316 863 1908**, con quien se concertó que las 25 pruebas de tamizaje rápido para VIH se llevarán a cabo en dicho establecimiento, garantizando condiciones adecuadas para privacidad y comodidad de las trabajadoras sexuales.

Posteriormente, se visitó el establecimiento **La Sexta**, localizado en la carrera 6 #17-27, cuyo administrador es el señor **Ramiro Arturo Fontalvo Betancourt – Tel: 300 506 4993**. A continuación, se llegó al establecimiento **El Rosedal**, ubicado en la carrera 7 #19-1, bajo la administración del señor **Hitler Bemjumea – Tel 320 759 2881.**

Luego, se procedió a visitar el establecimiento **Rosa Blanca**, situado en la calle 19A #71, administrado por la señora **Aura María Hernández – Tel: 322 372 3457**. Posteriormente, se realizó la visita al **Bar El Trébol**, ubicado en la carrera 7A #19-1, cuyo administrador es el señor **Campo Elías Negrette Martínez – Tel: 321 893 4138**.

La siguiente visita tuvo lugar en **Residencias Antioquia**, ubicada en la carrera 7 #19A-35, en el barrio El Kennedy, donde se sostuvo encuentro con la señora **Yaniris Favarez – Tel: 316 764 3522**, administradora del lugar. Finalmente, el recorrido culminó en el establecimiento **Paradise Disco Club**, ubicado en la carrera 13 #19B-51, administrado por el señor **Alexander Barrionuevo Rodríguez Tel: 302 374 8215**.

A los administradores se les socializó la estrategia **"Hazte la Prueba, Salud a tu Comunidad – Valledupar Te Cuida"**, presentando de manera detallada sus objetivos, la población objetivo, los resultados esperados y el impacto positivo que se proyecta generar en el entorno comunitario a través de la intervención. Asimismo, se les informó que la actividad está programada para el día **jueves 12 de junio de 2025, a partir de las 9:00 a.m.**, y que se realizará en el establecimiento **Buchanans Night Club**, previamente concertado con su administrador. Para garantizar una comunicación efectiva, se acordó la creación de un grupo de WhatsApp, a través del cual se compartirá la ubicación exacta y la información logística relacionada con la actividad.

Cada uno de los administradores manifestó su disposición y se comprometió amablemente a asistir con sus empleadas, en aras de promover una cultura de autocuidado frente a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), resaltando la importancia de las pruebas de tamizaje, especialmente cuando se han tenido comportamientos de riesgo.

El recorrido culmino a las 6:00 pm, quedando siguientes compromisos:

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1.	Crear un grupo de comunicación vía WhatsApp para mantener informados a los administradores de los establecimientos sobre la logística, ubicación definitiva y aspectos organizativos de la actividad.	ANGEL LUIS MORALES RAMIREZ	INMEDIATO
2.	Asistir y promover la participación activa de sus empleadas en la actividad de tamizaje programada para el día **jueves 12 de junio de 2025 a las 9:00 a.m.**, en el establecimiento **Buchanans Night Club**, previamente concertado.	ADMINISTRADORES DE LOS ESTABLECIMIENTOS VISITADOS	INMEDIATO

REGISTROS FOTOGRAFICOS

Ilustración 1Disco Bar K'Chetes



Ilustración 2 Buchanans Night Club



Ilustración 3 La Sexta

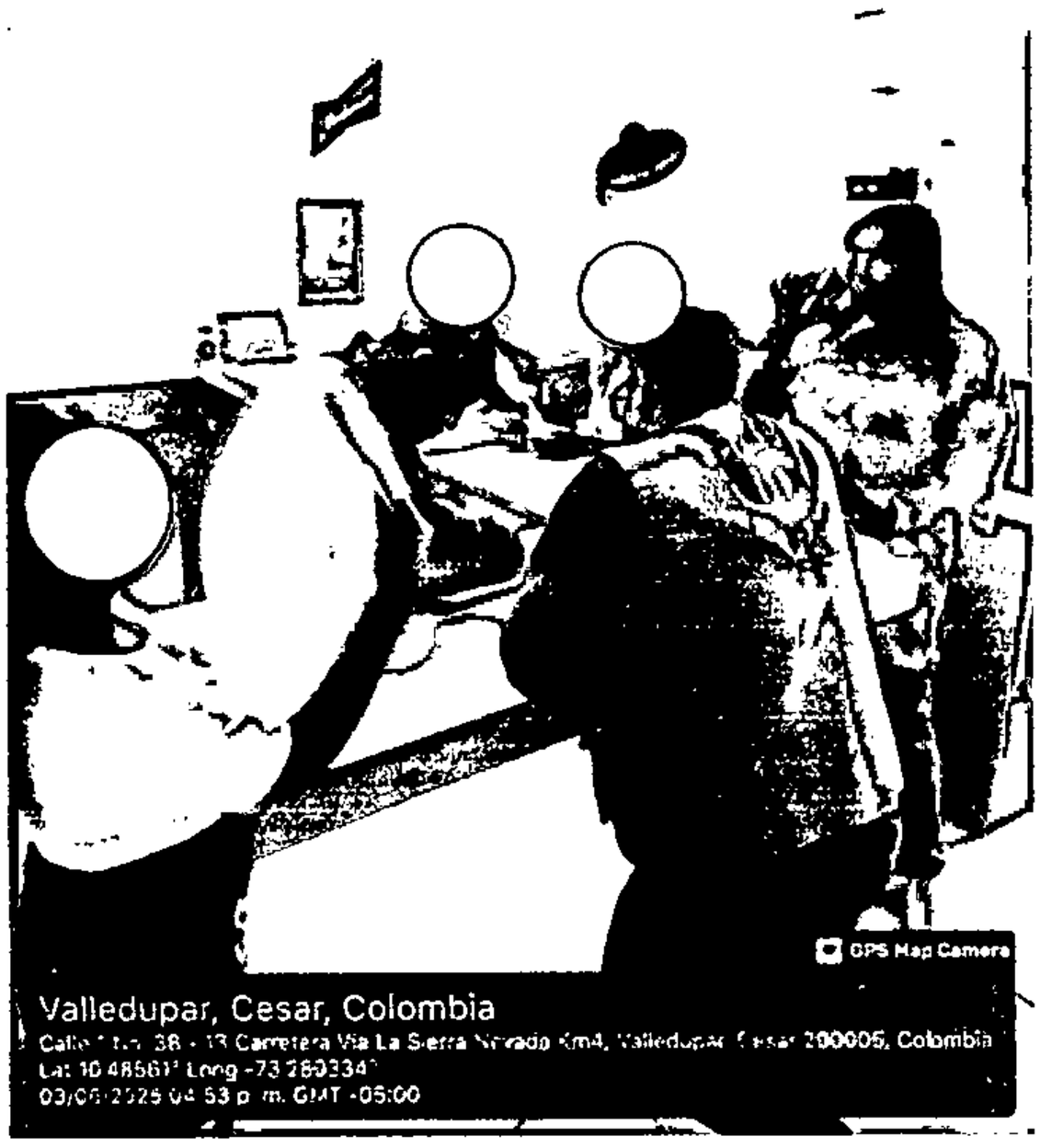


Ilustración 4 El Rosedal

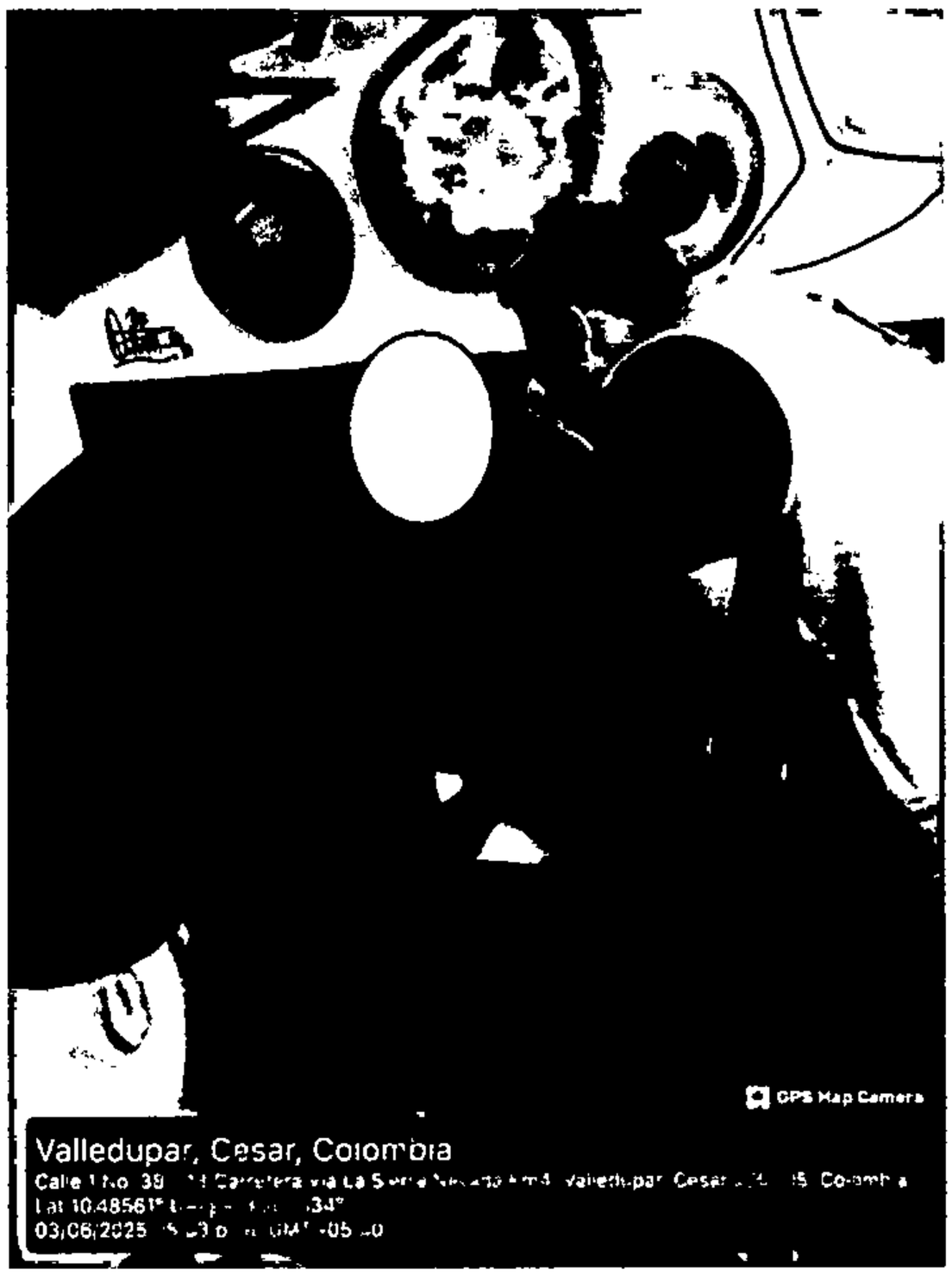
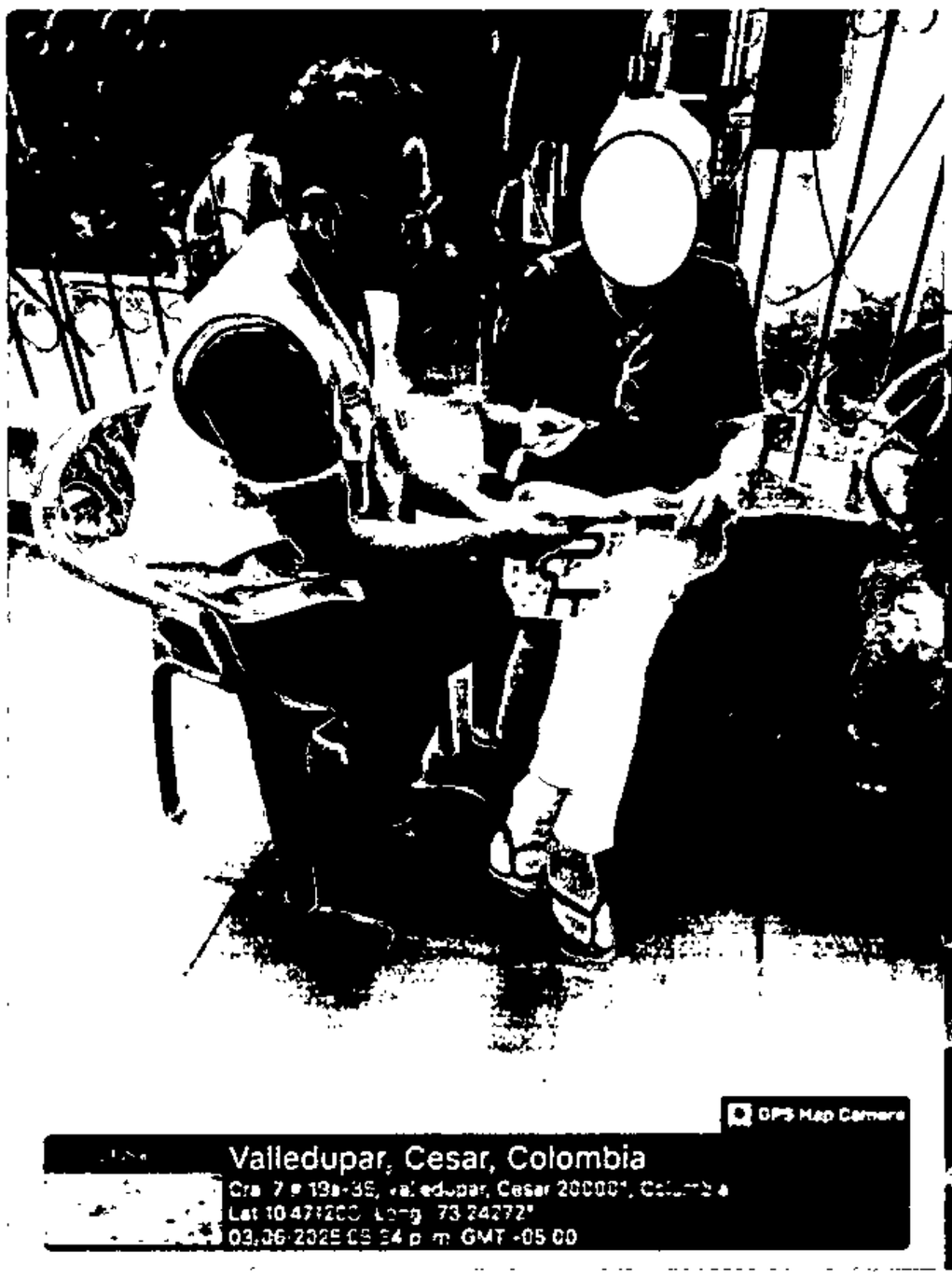


Ilustración 5 Rosa Blanca



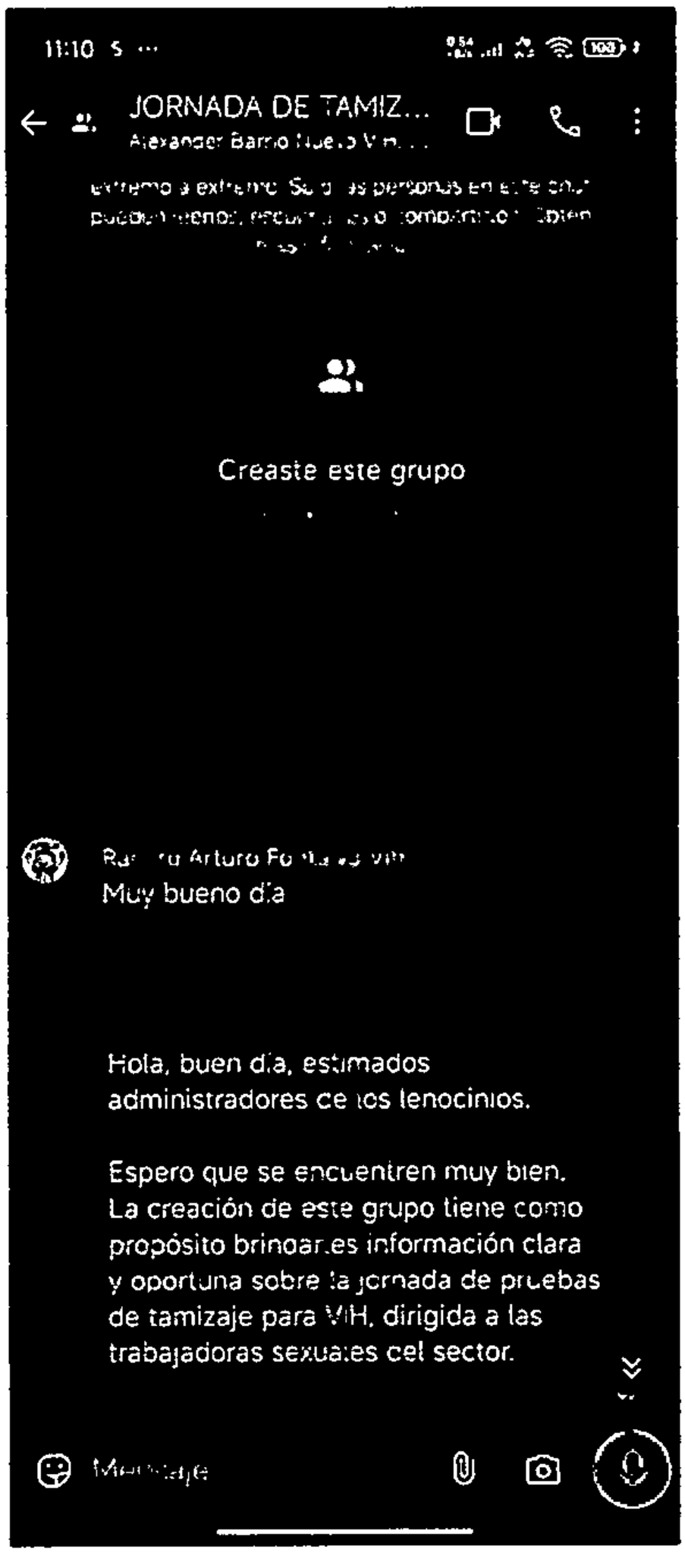
Ilustración 6 Residencias Antioquia Ilustración 7 Paradise Disco Club





VALIDADORES DEL ACTA	**Responsable del diligenciamiento:**	ANGEL LUIS MORALES RAMIREZ			
	Cargo /cedula	REFERENTE DEL AREA DE SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS – PIC 2025 ID 1065834237			
	NOMBRE	**CARGO/ENTIDAD**	**NÚMERO DE CÉDULA**	**FIRMA**	
	MILENA SOFÍA SILVA LUQUÉS	LÍDERESA Y REPRESENTANTE DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES DEL SECTOR	7717200		
ANEXOS	Oficios de invitación. Pantallazo del grupo de WhatsApp				

PANTALLAZO – GRUPO DE WHATSAPP



ÁREA DE LA SECTORIAL:	*ÁREA DE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS*				
LUGAR:	*BUCHANANS NIGHT CLUB* CALLE 18 #9-29	**FECHA**	12/06/05	**HORA DE INICIO**	*9:00 AM*
				HORA FINAL	*1:00 PM*

TIPO DE ACTIVIDAD:	**Comité**		**Mesa de Trabajo**		**Auditoría**		**Monitoreo/ Seguimiento**
	Reunión		**Asistencia técnica**		**Capacitación**		**Otra/cual:** TAMIZAJE VIH

TEMA:	Realización de 25 pruebas rápidas de tamizaje para VIH en población vulnerable, en el marco de la estrategia "Hazte la Prueba, Salud a tu Comunidad – Valledupar Te Cuida", conforme a lo estipulado en el Plan de Acción.
OBJETIVO:	Promover que los grupos priorizados adopten una cultura de autocuidado frente a las ITS y el VIH así como la importancia de las pruebas de tamizaje cuando se ha tenido comportamientos de riesgo.
POBLACIÓN OBJETO:	Adolescencia, Juventud, adultez, adulto mayor

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

En el marco de la estrategia municipal "Hazte la Prueba, Salud a tu Comunidad – Valledupar Te Cuida", liderada por el Área de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, el día jueves 12 de junio del año curso, a las 9:00 a.m., se desarrolló la aplicación de 25 pruebas rápidas de tamizaje para VIH dirigidas a población priorizada, en cumplimiento de lo establecido en el plan de acción. Esta jornada tuvo como finalidad fomentar una cultura de autocuidado en salud sexual, sensibilizando a los participantes acerca de la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y del VIH, al tiempo que se destacó la relevancia de acceder oportunamente a pruebas diagnósticas, especialmente en casos donde se han presentado conductas sexuales de riesgo.

Como preparación, se realizó la ambientación del espacio, garantizando un entorno acogedor, seguro y confidencial para los asistentes. Se dispusieron materiales visuales e informativos, incluyendo un pendón institucional del Área de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, y se organizó una mesa con los insumos requeridos para el correcto desarrollo de la actividad.

Posteriormente, se presentó al talento humano responsable de la jornada, conformado por Ángel Luis Morales Ramírez, referente del Área de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, y Kelly Peña Vigoya, profesional universitario de apoyo, quienes tendrían a su cargo la orientación, acompañamiento y

desarrollo de la actividad.

A continuación, el profesional de enfermería referente del área dio la bienvenida a los participantes, contextualizando la intervención en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) – vigencia 2025. En su intervención explicó que el PIC corresponde a un conjunto de actividades, programas y estrategias implementadas por las entidades territoriales con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente del componente de salud pública financiado a través de la Unidad de Pago por Capitación – Subsidio (UPC-S). Dicho plan tiene como finalidad mejorar las condiciones de salud de la población mediante acciones de promoción, prevención, educación, vigilancia en salud pública y fortalecimiento de la participación social y comunitaria.

De igual manera, se destacó que la ejecución del PIC en la institución educativa es posible gracias al convenio interadministrativo suscrito entre la Secretaría Local de Salud y la E.S.E. Hospital Eduardo Arredondo Daza, lo cual permite desarrollar intervenciones en el territorio con enfoque comunitario y diferencial, en concordancia con los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública y la Política de Atención Integral en Salud.

En este contexto, se brindó información en salud sobre aspectos generales del VIH, incluyendo sus formas de transmisión, los factores de riesgo asociados a prácticas sexuales sin protección y los principales factores protectores, tales como el uso correcto y constante del preservativo, la realización periódica de pruebas de tamizaje y el acceso oportuno a los servicios de salud. Esta orientación tuvo como propósito fortalecer el conocimiento de los asistentes y fomentar el autocuidado, promoviendo la toma de decisiones informadas en relación con la salud sexual y reproductiva.

A continuación, se explicó la dinámica de la jornada, indicando que se dispuso una mesa principal destinada al diligenciamiento de consentimientos informados, formatos de pre y pos asesoría, toma de muestras de laboratorio y entrega de resultados, garantizando en todo momento las condiciones de bioseguridad, privacidad y confidencialidad.

Asimismo, se indicó que la toma de muestras se realizaría con base en la lista de asistencia, la cual debía diligenciarse de manera clara, sin tachones, enmendaduras ni omisiones, en atención a la necesidad de contar con datos veraces y completos que serían reportados oficialmente a la Secretaría Local de Salud como parte del cumplimiento técnico y administrativo de la estrategia.

Conforme a la planeación metodológica, se procedió a la realización de las pruebas rápidas de tamizaje para VIH, respetando el orden establecido en la lista y las orientaciones previamente socializadas con las

asistentes. Durante este proceso, se garantizó en todo momento la aplicación de los protocolos de bioseguridad, la confidencialidad y un trato digno y respetuoso hacia cada participante.

Como resultado de la intervención, se consolidaron datos importantes que se presentan a continuación en las tablas correspondientes:

Tabla 1 Participación de Mujeres en la Realización de Tamizaje Rápido para VIH Según Establecimiento (Lenocinios)

LENOCINIOS	N° DE MUJERES	PORCENTAJE
LA SEXTA	6	24%
BUCHANANS NIGHT CLUB	1	4%
BOLICHE	2	8%
TREBOL	8	32%
RESIDENCIA ANTIOQUIA	8	32%
TOTAL	25	100%

Análisis Cualitativo: Durante la jornada de tamizaje rápido para VIH, realizada en un punto específico, participaron 25 mujeres provenientes de diferentes lenocinios. La mayor asistencia se registró desde Trébol y Residencia Antioquia (64% en conjunto), seguidas por La Sexta (24%). Por su parte, Boliche y Buchanans Night Club aportaron el 12% restante.

Tabla 2 Distribución de Mujeres Tamizadas Según la EAPB A La Cual Se Encuentran Afiliadas.

EAPB	N° DE AFILIACION	PORCENTAJE
COOSALUD	4	16%
NUEVA EPS	3	12%
ASMETSALUD	3	12%
SANITAS	1	4%
MUTUAL SER	1	4%
CAJACOPI	1	4%
SALUD TOTAL	1	4%
DUSAKAWI	1	4%
SANIDAD MILITAR	1	4%
NO TIENE	9	36%
TOTAL	25	100%

Análisis Cualitativo: Del total de 25 mujeres tamizadas, se identificó que la mayor proporción

corresponde a aquellas que no se encuentran afiliadas al sistema de salud (36%), lo que representa una población en situación de vulnerabilidad y con mayor riesgo de barreras en el acceso a los servicios.

Entre las afiliadas, se destaca Coosalud (16%), seguida por Nueva EPS (12%) y Asmetsalud (12%), que en conjunto agrupan el 40% de la población con aseguramiento. El resto de las EPS (Sanitas, Mutual Ser, Cajacopi, Salud Total, Dusakawi y Sanidad Militar) tuvieron una representación mínima del 4% cada una.

Este panorama evidencia la necesidad de notificar a la señora Delia Karina Meza, coordinadora del área de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos de la secretaria local de salud, la gestión de los procesos de afiliación para aquellas mujeres que aún no cuentan con cobertura en salud, lo cual es fundamental para garantizar el acceso equitativo y continuo a servicios de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento en el marco de las estrategias de salud pública.

Tabla 3 Distribución de Mujeres Tamizadas Según Régimen de Afiliación al Sistema de Salud

REGIMEN DE AFILIACION	N DE AFILIADOS	PORCENTAJE
SUBSIDIADO	16	64%
CONTRIBUTIVO	0	0%
NO APLICA	9	36%
TOTAL	25	100%

Análisis Cualitativo: Del total de 25 mujeres tamizadas, la mayoría se encuentra afiliada al Régimen Subsidiado (64%), lo cual evidencia que esta población pertenece principalmente a estratos socioeconómicos bajos y accede al sistema de salud mediante subsidio estatal.

Por otra parte, no se registró participación de mujeres afiliadas al Régimen Contributivo (0%), lo que refleja la ausencia de trabajadoras sexuales con acceso a estos tipos de aseguramiento en la muestra analizada.

Finalmente, un 36% no aplica, es decir, no cuenta con afiliación al sistema de salud, lo que representa una población en condición de vulnerabilidad al no disponer de cobertura en servicios de salud, especialmente en el acceso a diagnóstico y tratamiento oportuno frente al VIH y otras ITS.

Tabla 4 Resultados de Pruebas Rápidas de Tamizaje para VIH En Población Intervenida

RESULTADO	CANTIDAD	PORCENTAJE
REACTIVO	O	0%
NO REACTIVO	25	100%
TOTAL	25	100%

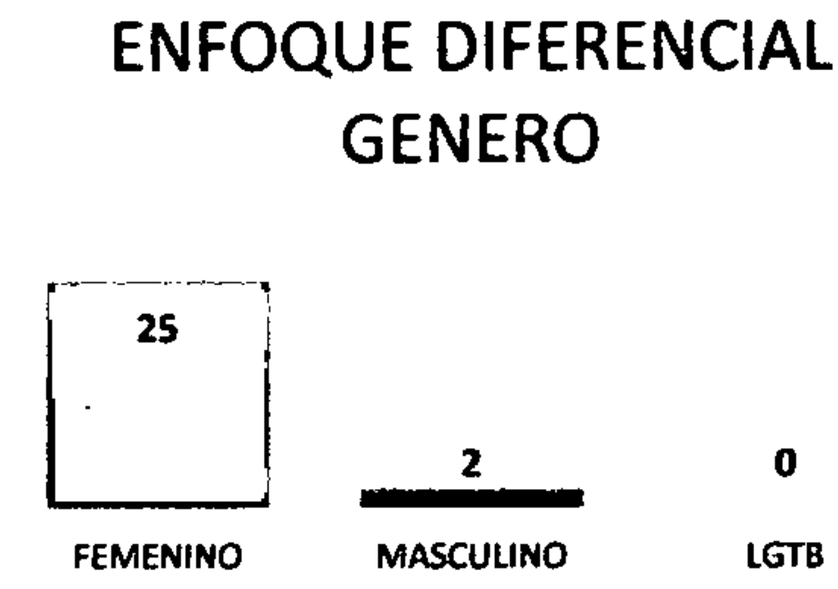
Análisis cualitativo: La tabla muestra los resultados obtenidos tras la aplicación de 25 pruebas rápidas de tamizaje para VIH durante la actividad realizada en el marco de la estrategia "Hazte la Prueba, Salud a

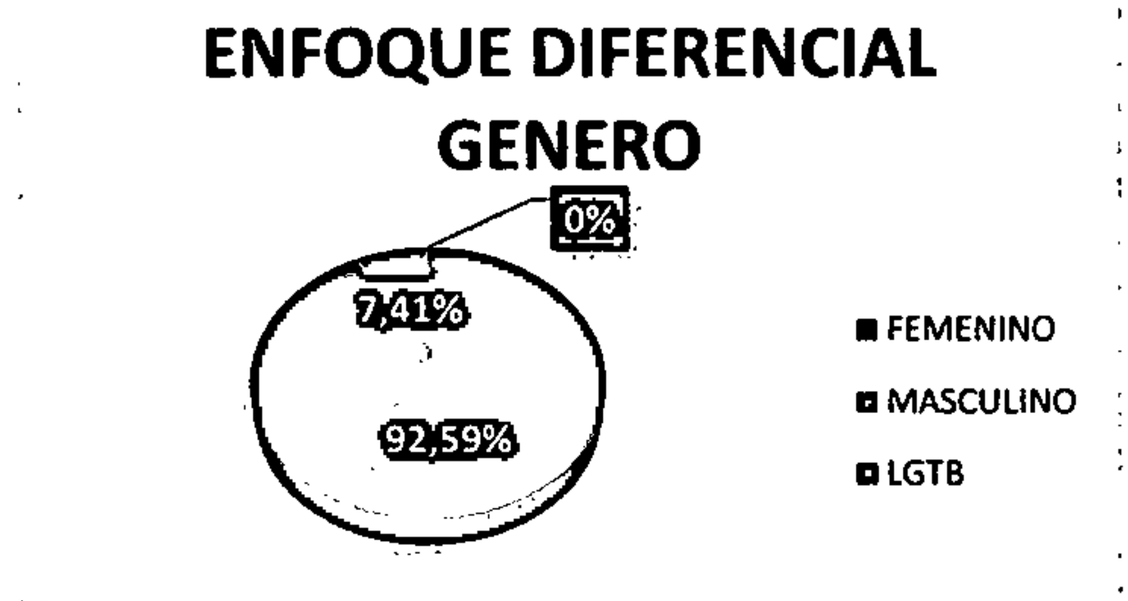
tu Comunidad – Valledupar Te Cuida". El 100% de los resultados fueron no reactivos, lo que significa que ninguna de las personas tamizadas presentó indicios de infección por VIH al momento de la prueba.
Este resultado es positivo en términos de salud pública, ya que sugiere que, al menos en esta muestra, no se detectaron casos nuevos de VIH.

ENFOQUE DIFERENCIAL

ENFOQUE DIFERENCIA DE GENERO

ENFOQUE DIFERENCIAL GENERO	CANTIDAD	ENFOQUE DIFERNCIAL GENERO	PORCENTAJE
FEMENINO	25	FEMENINO	92,59%
MASCULINO	2	MASCULINO	7,41%
LGTB	0	LGTB	0%
TOTAL	27	TOTAL	100%



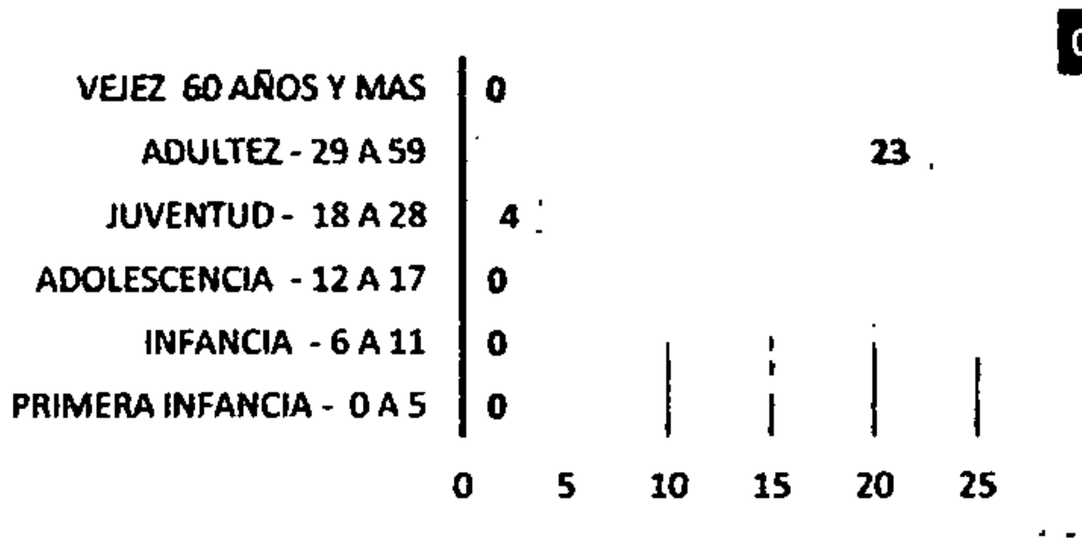


Análisis cualitativo: De un total de 27 personas registradas en la lista de asistencia, la gran mayoría corresponde al género femenino (92,59%), es decir, 25 mujeres, quienes sí participaron en la actividad de tamizaje rápido para VIH. En contraste, se registraron 2 hombres (7,41%), a quienes no se les aplicó la prueba. No se evidenció participación de población LGTBIQ+.
Esto muestra que, aunque la asistencia incluyó tanto mujeres como hombres, la aplicación efectiva del tamizaje se concentró exclusivamente en las mujeres, población priorizada por la actividad.

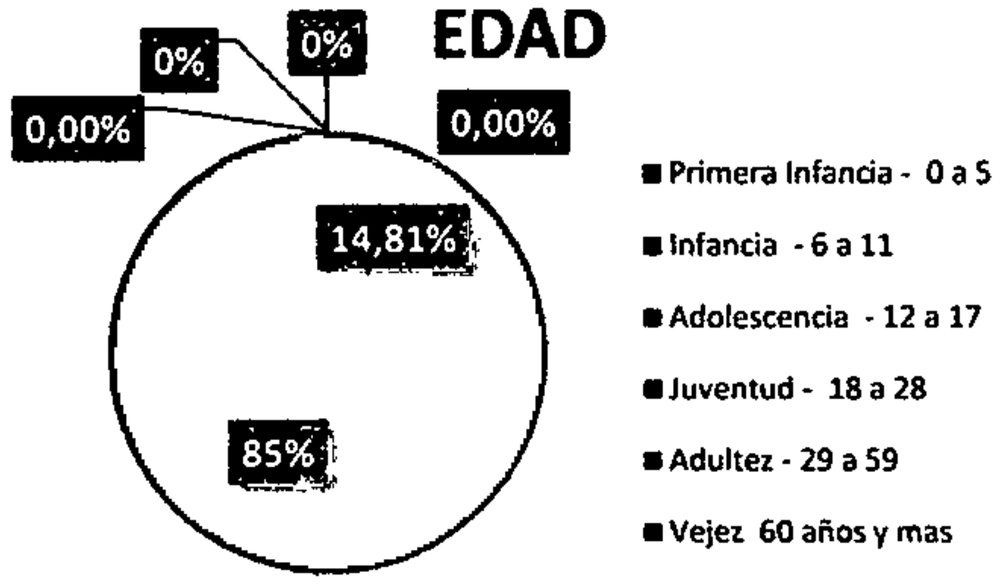
ENFOQUE DIFERENCIA DE EDAD

ENFOQUE DIFERENCIAL EDAD	CANTIDAD	ENFOQUE DIFERNCIAL EDAD	PORCENTAJE
Primera Infancia - 0 a 5	0	**Primera Infancia** - 0 a 5	0%
Infancia - 6 a 11	0	**Infancia** - 6 a 11	0,00%
Adolescencia - 12 a 17	0	**Adolescencia** - 12 a 17	0,00%
Juventud - 18 a 28	4	**Juventud** - 18 a 28	14,81%
Adultez - 29 a 59	23	**Adultez** - 29 a 59	85%
Vejez 60 años y mas	0	**Vejez** 60 años y mas	0%
TOTAL	27	TOTAL	100%

ENFOQUE DIFERENCIAL EDAD



ENFOQUE DIFERENCIAL EDAD



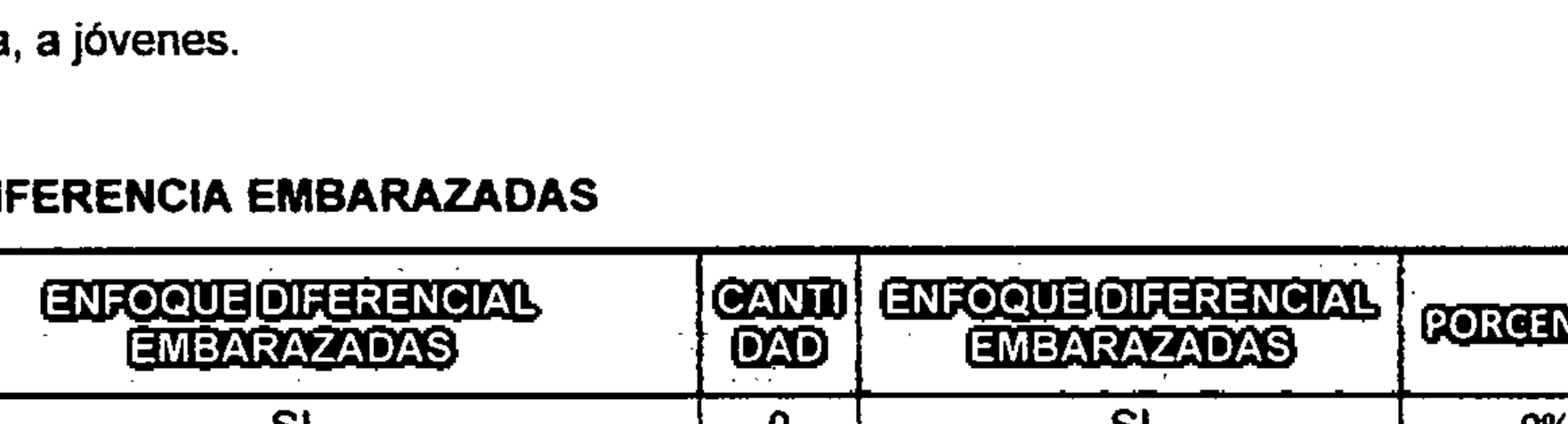
Análisis Cualitativo: De las 27 personas registradas en la lista de asistencia, la gran mayoría pertenece al grupo etario de adultez (29 a 59 años), con 23 personas (85%). En segundo lugar, se identificó participación de 4 personas jóvenes (18 a 28 años), que representan el 14,81%.

No se registraron asistentes en los grupos de primera infancia, infancia, adolescencia ni vejez, lo que confirma que la actividad estuvo dirigida principalmente a población adulta en edad productiva y, en menor medida, a jóvenes.

ENFOQUE DIFERENCIA EMBARAZADAS

ENFOQUE DIFERENCIAL EMBARAZADAS	CANTIDAD	ENFOQUE DIFERENCIAL EMBARAZADAS	PORCENTAJE
SI	0	SI	0%
NO	27	NO	100%
TOTAL	27	TOTAL	100%

ENFOQUE DIFERENCIAL EMBARAZADAS



Análisis Cualitativo: De las 27 personas registradas en la lista de asistencia, ninguna se encontraba en estado de embarazo (0%). El total de la población correspondió a mujeres no gestantes (100%).

Este hallazgo indica que la actividad no contó con la participación de mujeres embarazadas, lo cual es coherente con el perfil de la población trabajadora sexual asistente, pero también evidencia la ausencia de este grupo en situación de especial vulnerabilidad frente al VIH y otras ITS.

ENFOQUE DIFERENCIAL ETNIAS

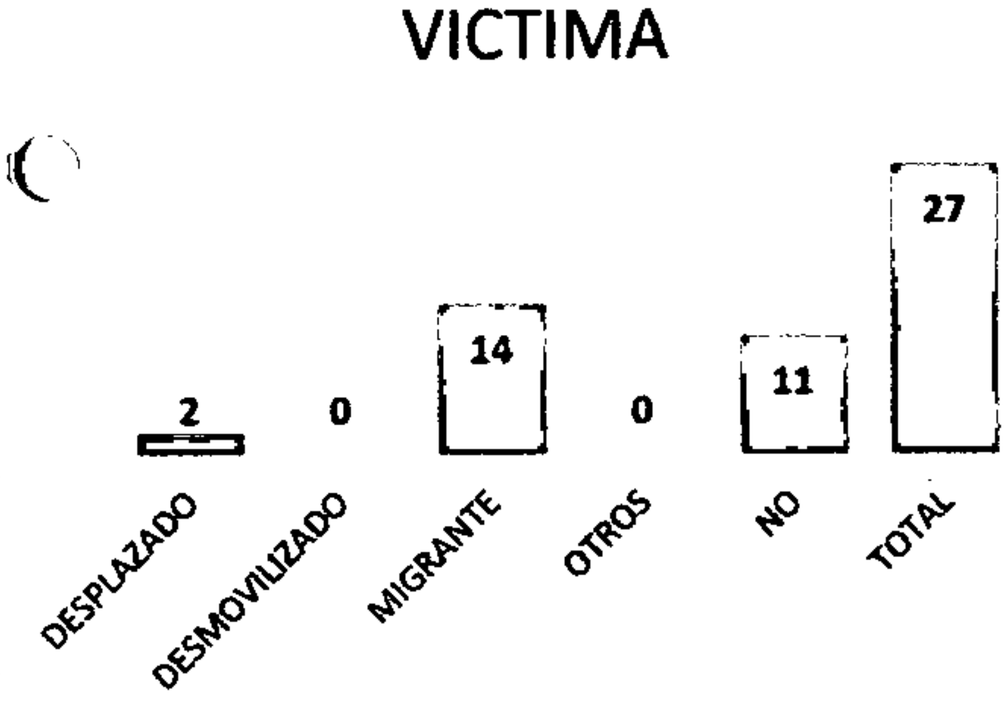
ENFOQUE DIFERENCIAL ETNIAS	CANTIDAD	ENFOQUE DIFERENCIAL ETNIAS	PORCENTAJE
AFRO	0	AFRO	0,00%
INDIGENA	1	INDIGENA	3,70%
ROOM	0	ROOM	0%
OTROS	26	OTROS	96,30%
TOTAL	27	TOTAL	100%

Análisis Cualitativo: De las 27 personas registradas en la lista de asistencia, la mayoría se clasificó en la categoría "otros" (96,30%), es decir, población que no se autorreconoce como perteneciente a una etnia específica. Solo se identificó 1 persona indígena (3,70%), mientras que no se registraron participantes afrodescendientes ni de la comunidad ROOM.

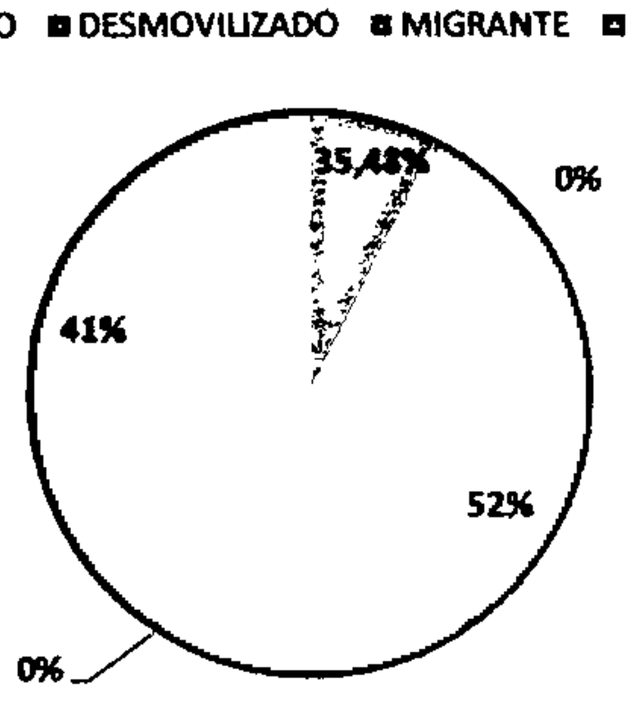
ENFOQUE DIFERENCIAL VICTIMAS

ENFOQUE DIFERENCIAL VICTIMA	CANTIDAD	ENFOQUE DIFERENCIAL VICTIMA	PORCENTAJE
DESPLAZADO	2	DESPLAZADO	7,41%
DESMOVILIZADO	0	DESMOVILIZADO	0%
MIGRANTE	14	MIGRANTE	52%
OTROS	0	OTROS	0,00%
NO	11	NO	40,74%
TOTAL	27	TOTAL	100%

ENFOQUE DIFERENCIAL VICTIMA



ENFOQUE DIFERENCIAL VICTIMA



Análisis Cualitativo: De las 27 personas registradas, la mayoría corresponde a población migrante (52 %), seguida por quienes no se reconocen como víctimas (40,74 %) y un pequeño grupo en condición de desplazamiento (7,41 %). No se reportaron personas desmovilizadas ni en la categoría "otros". Cabe resaltar que, durante la actividad, se evidenció que varias de las mujeres migrantes no contaban con cédula de extranjería ni con permiso especial de permanencia, situación que limita su acceso oportuno a los servicios de salud.

Análisis cualitativo: Las 27 personas registradas en la lista de asistencia se identificaron como cabezas de familia (100%), sin ningún caso reportado en la categoría "No"

REFLEXION

La actividad de tamizaje para VIH desarrollada en el marco de la estrategia "Hazte la Prueba, Salud a tu Comunidad – Valledupar Te Cuida" se constituyó en un valioso ejercicio de promoción del autocuidado y la prevención en salud sexual. La planeación cuidadosa, la ambientación del espacio y el compromiso del equipo humano garantizaron un entorno de confianza, respeto y confidencialidad, factores esenciales para la participación activa de la población priorizada.

La realización de las 25 pruebas rápidas, acompañadas de un componente pedagógico claro y pertinente, permitió que las participantes no solo accedieran a un servicio de salud de calidad, sino que también recibieran información clave para la toma de decisiones responsables frente a su salud sexual y reproductiva. El resultado de las pruebas, junto con el enfoque diferencial aplicado, ofreció un panorama integral que fortalece la ruta de intervención y la capacidad institucional para responder a las necesidades del territorio.

Este ejercicio se consolida como una experiencia positiva de acercamiento comunitario, reafirmando el papel de las estrategias de salud pública como mecanismos efectivos para garantizar el acceso, la prevención y la construcción de entornos más saludables.

RESULTADOS LOGRADOS

- Realización efectiva de 25 pruebas rápidas de tamizaje para VIH a mujeres trabajadoras sexuales previamente priorizadas, garantizando el cumplimiento de los estándares de bioseguridad, confidencialidad y atención ética. Este logro evidencia el cumplimiento técnico del objetivo establecido en el Plan de Acción del PIC para el segundo trimestre.
- El 100 % de los resultados fueron no reactivos, lo cual, si bien resulta alentador, no debe generar una confianza excesiva debido al período de ventana inmunológica. Este aspecto resalta la importancia de mantener de manera continua las acciones educativas y de tamizaje periódico.
- Suministro de información en salud, que permitió sensibilizar a las participantes sobre la transmisión, la prevención y el autocuidado frente al VIH y las ITS. Esta acción fortaleció la relación entre el conocimiento, la percepción del riesgo y la toma de decisiones responsables.
- Aplicación del enfoque diferencial, que permitió recopilar información sobre género, edad, etnia, condición de víctima, discapacidad, afiliación al sistema de salud y rol como cabeza de hogar. Este análisis contribuirá a retroalimentar la planeación de futuras estrategias con información

contextualizada y precisa.

- Movilización exitosa desde cuatro establecimientos de lenocinio (El Trébol, Residencia Antioquia, La Sexta y Boliche), lo que refleja una relación fluida con actores locales y una adecuada convocatoria de las mujeres trabajadoras sexuales del sector.

IMPACTO ALCANZADO

- Fortalecimiento del autocuidado y de la cultura de prevención en salud sexual en una población con alta exposición al riesgo, limitada cobertura en salud y frecuente invisibilización institucional. La sensibilización generó un espacio de confianza para que las participantes reconocieran su rol como sujetas de derecho.
- Visibilización de barreras estructurales, como el hecho de que el 36% no está afiliada a ninguna EPS.
- Aplicación práctica del enfoque diferencial permitió que las mujeres no solo accedieran a un servicio de salud, sino que lo hicieran en condiciones de respeto, privacidad y sin juicios, reforzando la confianza hacia las instituciones públicas y la capacidad del PIC de llegar a los territorios.
- Consolidación de la estrategia "Hazte la Prueba" como una acción efectiva de salud pública en terreno, permitiendo no solo detectar casos tempranos, sino también generar rutas de educación, seguimiento y empoderamiento desde la comunidad.

CONCLUSIONES

- La actividad logró los objetivos propuestos en el plan de acción del segundo trimestre, tanto en número de pruebas aplicadas como en calidad de atención, bajo una logística ajustada a las condiciones del contexto.
- La focalización de la actividad, dirigida a trabajadoras sexuales adultas, permitió una intervención con alta pertinencia, aplicando todos los enfoques diferenciales (género, edad, víctimas, discapacidad, étnico, embarazo y cabeza de familia) con precisión y profundidad.
- La información en salud, logró promover mensajes clave de autocuidado y prevención, posicionando el espacio no solo como una actividad de tamizaje, sino como un punto de encuentro con la salud digna, cercana y respetuosa.
- El enfoqué diferencial ofrece datos útiles para la toma de decisiones, la elaboración de informes y la reorientación de la estrategia en el territorio, permitiendo priorizar acciones hacia población sin afiliación, en condiciones de migración o exclusión.

La actividad finalizo a la 1:00 pm, quedando los siguientes compromisos:

La actividad finalizo a la 1:00 pm, quedando los siguientes compromisos:

COMPROMISOS

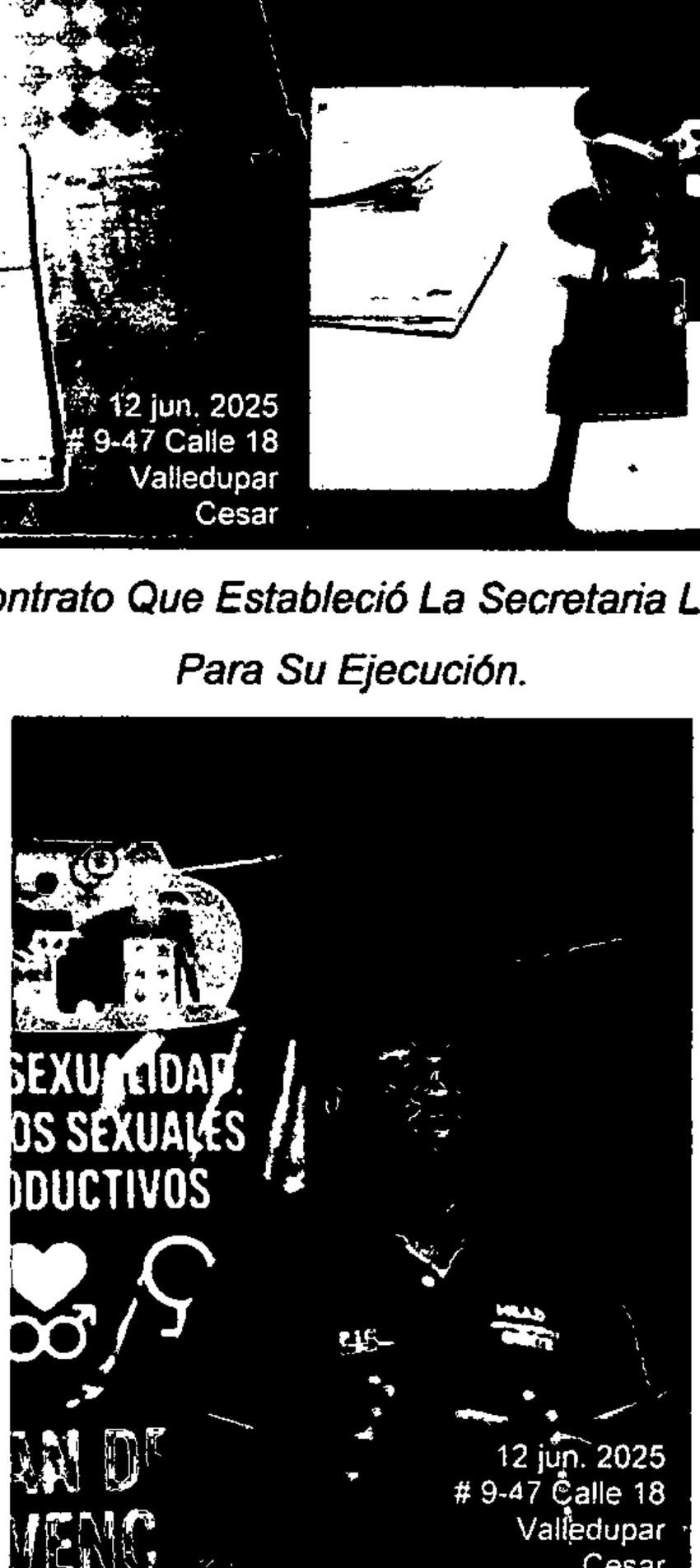
No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1.	notificar a la coordinadora del Área de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos de la sectorial sobre las trabajadoras sexuales que no se encuentran afiliadas a alguna EAPB, con el propósito de adelantar las gestiones necesarias para su vinculación al sistema de aseguramiento en salud.	ANGEL LUIS MORALES RAMIREZ	12 DE JUNIO DE 2025

REGISTROS FOTOGRAFICOS

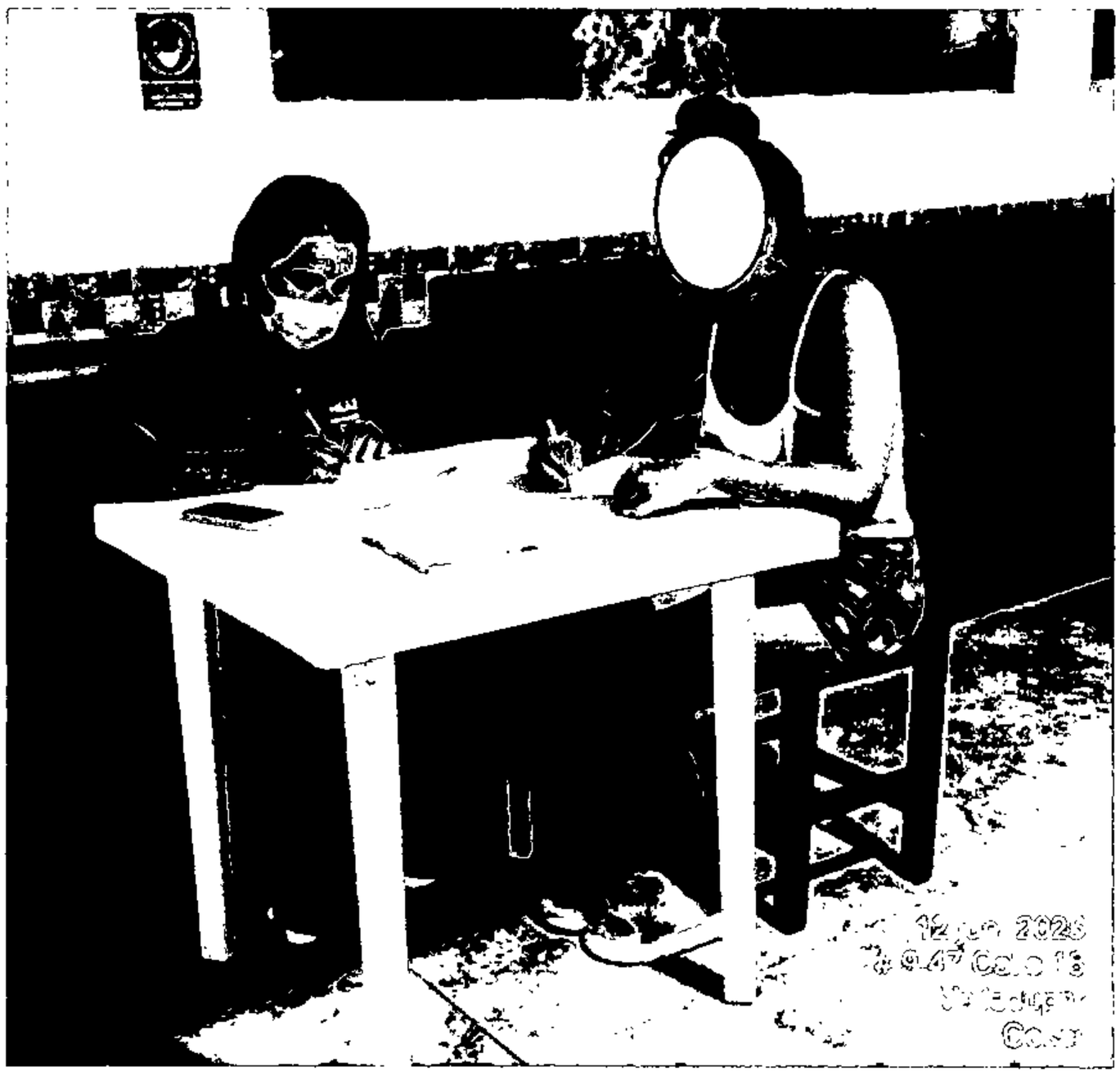
Ambientación



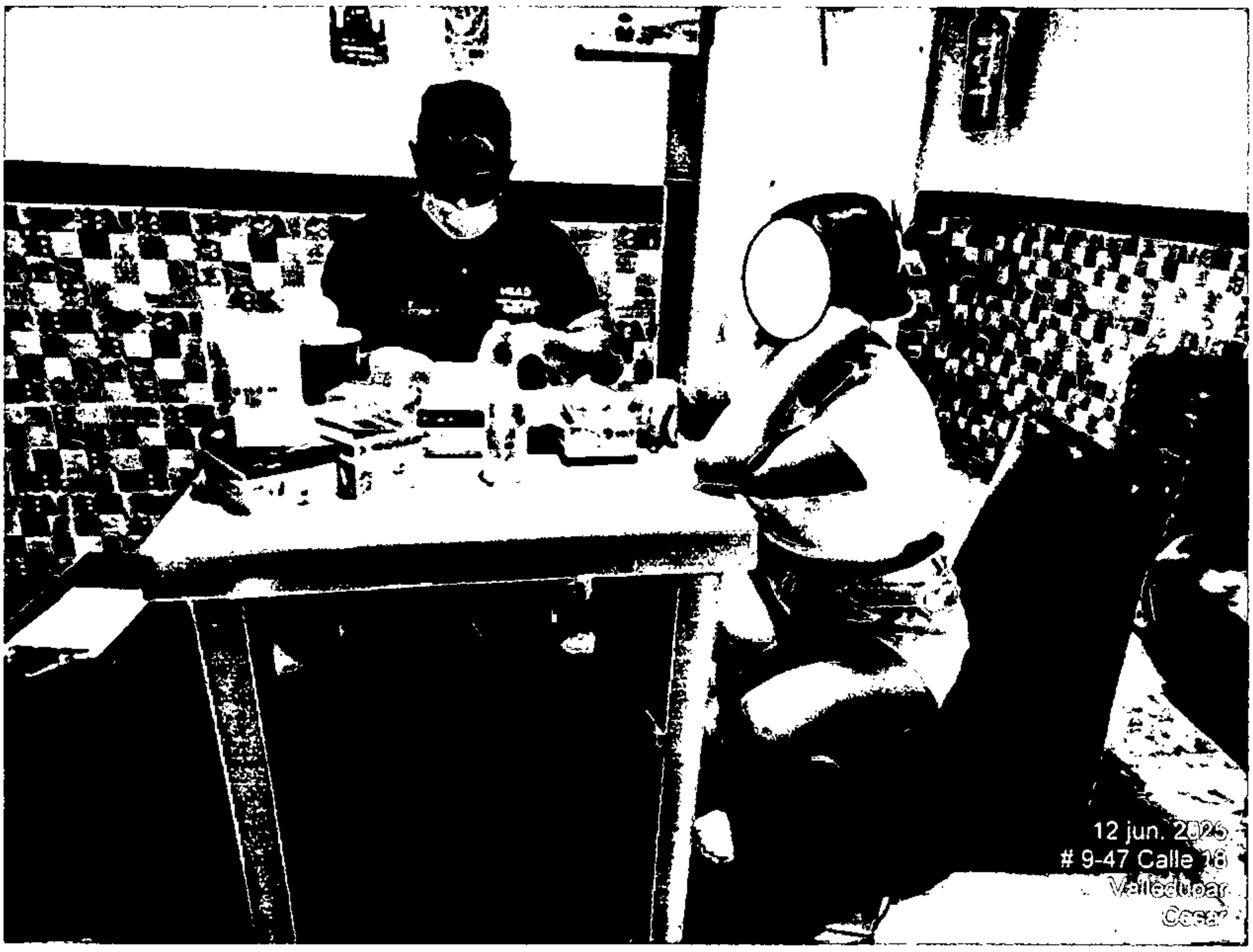
Explicación Que Es El PIC Y El Contrato Que Estableció La Secretaria Local De Salud Con La ESE- HEAD Para Su Ejecución.



. Pre Asesorla Y Diligenciamiento del Consentimiento informado



Toma De Prueba de Tamizaje Rápido Para VIH



Pos Asesoría – Información En Salud



Publicación En Redes Sociales

https://www.instagram.com/p/DLGPZfDx-wZ/



VALIDADORES DEL ACTA	**Responsable del diligenciamiento:**	ANGEL LUIS MORALES RAMIREZ		
	Cargo /cedula	REFERENTE DEL AREA DE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS – PIC 2025 / ID: 1065834237		
	NOMBRE	**CARGO/ENTIDAD**	**NÚMERO DE CÉDULA**	**FIRMA**
	MARWIN GONZÁLEZ	ADMINISTRADOR *BUCHANANS NIGHT CLUB*	1077	Marwin G.
ANEXOS	Lista de asistencia, Pre asesoría, Consentimiento informado, Resultado y Pos asesoría			

Valledupar, 12 de Junio de 2025

Señora
Delia Karina Meza
Coordinadora del Área de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos
Secretaria local de salud

ASUNTO: Remisión de listado de trabajadoras sexuales no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En el marco de la actividad de realización de pruebas rápidas de tamizaje para VIH, desarrollada con la población de trabajadoras sexuales del sector Boliche, específicamente en el establecimiento Buchanana Night Club, se evidenció que nueve (9) mujeres no se encuentran afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De igual manera, se identificó que estas mujeres son de nacionalidad venezolana y que ninguna cuenta con cédula de extranjería ni con Permiso Especial de Permanencia, situación que limita su posibilidad de acceso a los servicios de salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, me permito remitir el listado correspondiente con el fin de que se adelanten las gestiones necesarias para garantizar su afiliación al sistema, en concordancia con la normatividad vigente y en articulación con las entidades competentes.

Listado de mujeres identificadas sin afiliación al SGSSS:

Nº	Nombre completo	Documento de identidad	Nacionalidad	Observaciones
1	Emili Villalobos	CC 2.434.259	Venezolana	Sin cédula de extranjería / PEP
2	Andrea Cecilia Álvarez	CC 22.749.801	Venezolana	Sin cédula de extranjería / PEP
3	Yeni Márquez	CC 17.584.674	Venezolana	Sin cédula de extranjería / PEP
4	Yoselin Coromoto Vergara	CC 25.218.365	Venezolana	Sin cédula de extranjería / PEP
5	Dailex Molina Pérez	CC 25.884.722	Venezolana	Sin cédula de extranjería / PEP
6	Luiyiseth Mappari Alarcón	CC 22.482.202	Venezolana	Sin cédula de extranjería / PEP
7	Franyelis Reyes Palencia	CC 30.663.060	Venezolana	Sin cédula de extranjería / PEP

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
Salud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD – HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:___ REUNION:___ CAPACITACION:___ OTRO: X CUAL?: Prueba Rapido +-VIH
NOMBRE DEL EVENTO Llevate la prueba salud a tu comunidad - Valledupar te cuida
RESPONSABLE: Angelis Maestre FECHA: 11-06-25 HORA: 9:00Am LUGAR: Bachanas Night Club

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. 0-5 2. 6-11 3. 12-17 4. 18-28 5. 29-59 6. 60 AÑOS O MAS	EMBARAZADA 1.SI 2. NO	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS 5. NO	CABEZA DE FAMILIA 1.SI 2. NO	DISCAPACIDAD: 1. PCD 2. CUIDADOR PCD 3. NO	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Ingrid Lopez	1065595191	2	5	2	4	1	1	3	3127388498	Trebol	
2	Luisette Alarcon	22482202	2	5	2	4	3	1	3	3043819903	Trebol	
3	Franyelis Reyes	30663060	2	4	2	4	3	1	3	3013943837	Trebol	
4	Kayrelis Canino	27235113	2	5	2	4	3	1	3	3226792847	Trebol	
5	Sandra Avendaño	5992916	2	5	2	4	3	1	3	3015815643	Trebol	
6	Adriana Cacique	1065675895	2	5	2	4	5	1	3	3215579196	Trebol	
7	Estefani Lopez	20266240	2	5	2	4	3	1	3	3127346017	Trebol	
8	Zunilda Niño	36711657	2	5	2	4	5	1	3	3052779762	Trebol	
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

SECRETARIA LOCAL DE SALUD – HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025

LISTADO DE ASISTENCIA

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: X CUAL?: Prueba Rapida T - VIH

NOMBRE DEL EVENTO Hazte la Prueba, Salud a tu comunidad - Valledupar te cuida

RESPONSABLE: Angel Maicol Ramirez FECHA: 12-06-25 HORA: 9:00 AM LUGAR: Bachanas night Club

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. 0-5 2. 6-11 3. 12-17 4. 18-28 5. 29-59 6. 60 AÑOS O MAS	EMBARAZADA 1.SI 2. NO	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS 5. NO	CABEZA DE FAMILIA 1.SI 2. NO	DISCAPACIDAD: 1. PCD 2. CUIDADOR PCD 3. NO	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Estefani Medina	6135621	2	4	2	4	3	1	3	3016630756	La sexta	Medina
2	Rina Cuadrado	49720816	2	5	2	4	5	1	3	3117418177	la sexta	Rina Cuadrado
3	Karen Torres	1091676480	2	4	2	4	5	1	3	3186815947	la sexta	Karen Torres
4	Edith Urdaneta	6812367	2	4	2	2	3	1	3	3183308430	la sexta	Edith Urdaneta
5	Emili Villalobos	24342597	2	5	2	4	3	1	3	3216500691	la sexta	Emili
6	Ramiro Gonzalez	7708567	1	5	2	4	5	1	3	3005764993	Aprendiz	Ramiro Gonzalez
7	Marwin Gonzalez	19.978.193	(2)1	5	2	4	5	1	3	3168631908	Administrador	Marwin Gonzalez
8	Andrea Alvarez	22749801	2	5	2	4	3	1	3	3247134336	Bucana	Andrea Alvarez
9	Rosa Perez	6490129	2	5	2	4	3	1	3	3234461264	10 sexto	Rosa Perez
10	Yenny Romero	16847830	2	5	2	4	3	1	3	3114064262	Residencia Antioquia	Yenny R.
11	Gladis Acosta	49791479	2	5	2	4	5	1	3	3114110392	Residencia Antioquia	Gladis Acosta
12	Yeni Marquez	17584674	2	5	2	4	3	1	3	3206036488	Residencia Antioquia	
13	Yeni Gutierrez	13244860	2	5	2	4	1	1	3	3145205101	Residencia Antioquia	Yeni Gutierrez
14	Josefina Coronado Vergara	25218365	2	5	2	4	3	1	3	3204733476	Residencia Antioquia	Josefina Vergara
15	Julimar Molina	25884722	2	5	2	4	3	1	3	3247698262	Residencia Antioquia	
16	Osiris Fuentes	49778534	2	5	2	4	5	1	3	3122751875	Residencia Antioquia	Osiris Fuentes
17	Aura Hernandez	1047453977	2	6	2	4	5	1	3	3223723457	Residencia Antioquia	Aura M. Hernandez
18	Adriana Lucia Ruiz	50893604	2	5	2	4	5	1	3	3136275447	Boliche	Adriana Ruiz
19	Melis Marquez	49773690	2	5	2	4	(2)5	1	3	3136014807	Boliche	Melis Marquez
20	Mayorgis Dieniz	49738994	2	5	2	4	5	1	3	3008274168	SLS-DSXR	

75

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 005 PAGINA 1 DE :

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Edith Yaneidy Urdaneta Urdaneta, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Edith Urdaneta
Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Edith

C.C. No.: PPT 6812367 de:

Kely Peña
Firma de quien realizo la asesoria

Nombre: Kely Duifay Peña Urgoya

C.C. ó Registro No.: 1067711131 de: Agustin Codazzi

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre:

C.C. ó Registro No.: de:

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: nov. 2024 VERSION 2
	ASESORIA PRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12-06-2025

Yo Edith Yaneidy Urbaneja Urbaneja, identificado(a) con documento Numero CPT 6812367 EPS: Nueva EPS certifico que he recibido asesoría previa a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo sus propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de realizarme una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X		

En virtud de lo anterior, manifiesto que:

- He recibido la asesoría pre-prueba con el fin de realizarme la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He recibido información sobre las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

Edith Urbaneja
FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

18

ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA NIT. 824000725-0

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

REPORTE DE LABORATORIO

FECHA: 12/06/2025 **Régimen:** Subsidiado

Nombre del Usuario: Edith Urdaneta **EAPB:** Nueva EPS

Numero de Cedula: RCT 6812367 **Edad:** 27 años

Prueba: VIH **Técnica:** Inmunocromatografica (Prueba Rápida)

Resultado: No Reactivo **Lote:** 03ADI031B

Casa Comercial: Abbott Bioline **Fecha de Vencimiento:** 18/02/2026

Firma

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 005 PÁGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Stefany Medina, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [x] NO [ ]

Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Stefany Medina

C.C. No.: 5135621 ppt de:

Firma de quien realizó la asesoría

Nombre: Key Peña Vigoya

C.C. ó Registro No.: 1067711131 de: Agustín Codazzi

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre:

C.C. ó Registro No.: de:

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA**	**FECHA: nov. 2024** **VERSION 2**
	ASESORIA PRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12/06/2025

Yo Stefany Medina, identificado(a) con documento Numero 5135621 EPS: Coosalud certifico que he recibido asesoría previa a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo sus propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de realizarme una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?		Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X		

En virtud de lo anterior, manifiesto que:

- He recibido la asesoría pre-prueba con el fin de realizarme la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He recibido información sobre las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: nov. 2024
		VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12-06-2025

Yo Stefany Medina, identificado(a) con documento Numero 5135621 EPS: Coosalud certifico que he recibido asesoría posterior a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X	Recuerde que si la prueba es no reactiva, se debe repetir en tres meses	X

En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me preparó y confrontó en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que debo tomar para evitar exponerme o exponer a otros a la infección por VIH.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

82

ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA NIT. 824000725-0

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

REPORTE DE LABORATORIO

FECHA: 12/06/2025 **Régimen:** Subsidiado

Nombre del Usuario: Stefany Medina **EAPB:** Coosalud

Numero de Cedula: RPT. 5135621 **Edad:** 27 años

Prueba: VIH **Técnica: Inmunocromatográfica (Prueba Rápida)**

Resultado: Negativo **Lote:** 03ADI031B

Casa Comercial: Abbott Bioline **Fecha de Vencimiento:** 18/02/2026

Key Peña

Firma

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Rina Isabel Cuadrado Urueta, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fuí informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [✓] NO [ ]

Rina Isabel Cuadrado
Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Rina Isabel Cuadrado

C.C. No.: 49720816 de: Viduper

Kelly Peña
Firma de quien realizo la asesoria

Nombre: Kelly Peña Vigoya

C.C. ó Registro No.: 1067711131 de: Agustin Codazzi

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre:

C.C. ó Registro No.: de:

84

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA**	**FECHA: nov. 2024** **VERSION 2**
	ASESORIA PRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12-06 2025

Yo Rina Isabel Cuadrado, identificado(a) con documento Numero 49720816 EPS: Coosalud certifico que he recibido asesoría previa a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo sus propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de realizarme una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	✓
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerdè que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	/		

En virtud de lo anterior, manifiesto que:

- He recibido la asesoría pre-prueba con el fin de realizarme la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He recibido información sobre las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

Rina Cuadrado
FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA**	**FECHA: nov. 2024**
		VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12 06 2025

Yo Rina Isabel cuadrado, identificado(a) con documento Numero 49720916 EPS: coosalud certifico que he recibido asesoría posterior a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X	Recuerde que si la prueba es no reactiva, se debe repetir en tres meses	X

En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me preparó y confrontó en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que debo tomar para evitar exponerme o exponer a otros a la infección por VIH.

Rina Cuadrado

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA NIT. 824000725-0

98

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

REPORTE DE LABORATORIO

FECHA: 12/06/2025

Régimen: Subsidiado

Nombre del Usuario: Ana Isabel Cuadrado

EAPB: Coosalud

Numero de Cedula: 49720816

Edad: 42 anos

Prueba: VIH **Técnica: Inmunocromatográfica (Prueba Rápida)**

Resultado: Negativo

Lote: 03ADI031B

Casa Comercial: Abbott Bioline

Fecha de Vencimiento: 18/02/2026

Firma

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA, E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA JUNIO 2015 CODIGO FSC - PP - 005 PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Karen Dayanna Torres Hernandez., certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Karen Torres.

Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Karen d. Torres Hernandez.

C.C. No.: 1091676480 de: Ocaña N. de S.

Kay Peña

Firma de quien realizo la asesoria

Nombre: Kay Peña Vigoya

C.C. ó Registro No.: 1067711131 de: Agustin Codazzi

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: nov. 2024 VERSION 2
	ASESORIA PRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12/06/2025

Yo Karen dayana Torres Hernandez., identificado(a) con documento Numero 1.091.676.480 EPS: Nueva Eps certifico que he recibido asesoría previa a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo sus propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de realizarme una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X		

En virtud de lo anterior, manifiesto que:

- He recibido la asesoría pre-prueba con el fin de realizarme la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He recibido información sobre las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: nov. 2024 VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: ~~Karen~~ 12/06/2025

Yo Karen Dayana Torres Hernandez, identificado(a) con documento Numero 1.091.676.480 EPS: Nueva Eps. certifico que he recibido asesoría posterior a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X	Recuerde que si la prueba es no reactiva, se debe repetir en tres meses	X

En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me preparó y confrontó en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que debo tomar para evitar exponerme o exponer a otros a la infección por VIH.

Karen Torres
FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

90

ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA NIT. 824000725-0

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

REPORTE DE LABORATORIO

FECHA: 12/06/2025 **Régimen:** Subsidiado

Nombre del Usuario: Karen Dayana Torres **EAPB:** Nueva EPS

Numero de Cedula: 1091676480 **Edad:** 28 años

Prueba: VIH **Técnica: Inmunocromatográfica (Prueba Rápida)**

Resultado: No Reactivo **Lote:** 03ADI031B

Casa Comercial: Abbott Bioline **Fecha de Vencimiento:** 18/02/2026

Karen Torres

Firma

591

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA JUNIO 2015 CODIGO FSC - PP - 005 PÁGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo Emili del carmen villalobos Uriana, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui infomada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [✓] NO [ ]

Emili Villalobos
Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Emili del carmen villalobos Uriana

C.C. No.: 24342597 de: Venezuela

Kelly Peña
Firma de quien realizo la asesoría

Nombre: Kelly Peña Vigoya

C.C. ó Registro No.: 1067711131 de: Agustin Codazzi

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: nov. 2024
		VERSION 2
	ASESORIA PRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12 06 2025

Yo Emili del carmen villalobos viana, identificado(a) con documento Numero 24342597 EPS: No tiene certifico que he recibido asesoría previa a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo sus propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de realizarme una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X		

En virtud de lo anterior, manifiesto que:

- He recibido la asesoría pre-prueba con el fin de realizarme la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He recibido información sobre las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

Emili villalobos
FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

93

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA**	**FECHA: nov. 2024** **VERSION 2**
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12 - 06 - 2025

Yo Emili del carmen villalobos uriana, identificado(a) con documento Numero 24 342 592 EPS: No tiene certifico que he recibido asesoría posterior a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X	Recuerde que si la prueba es no reactiva, se debe repetir en tres meses	X

En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me preparó y confrontó en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que debo tomar para evitar exponerme o exponer a otros a la infección por VIH.

Emili Villalobos

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

94

ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA NIT. 824000725-0

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA, E.S.E.
Servicio con calidad humana

REPORTE DE LABORATORIO

FECHA: 12/06/2025 **Régimen:** No Aplica

Nombre del Usuario: Emeli Villalobos **SAPB:** No Tiene

Numero de Cedula: 24342597 **Edad:** 30 Años

Prueba: VIH **Técnica: Inmunocromatográfica (Prueba Rápida)**

Resultado: No Reactivo **Lote:** 03ADI031B

Casa Comercial: Abbott Bioline **Fecha de Vencimiento:** 18/02/2026

Firma

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - L04 PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA C DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Rosa Josefina Perez Guillen, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibire una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Rosa Perez

Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Rosa Perez

C.C. No. PPT 6490729 de: Venezuela

Kelly Peña

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre: Kelly Peña Vigoa

C.C. o Registro No: 1067711131 de: Agustin Codazzi

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

98

ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA NIT. 824000725-0

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

REPORTE DE LABORATORIO

FECHA: 12/06/2025

Régimen: Subsidiado

Nombre del Usuario: Rosa Perez Guillen

EAPB: Asmet salud

Numero de Cedula: PPT 6490129

Edad: 38 años

Prueba: VIH Técnica: Inmunocromatográfica (Prueba Rápida)

Resultado: No Reactivo

Lote: 03ADI031B

Casa Comercial: Abbott Bioline

Fecha de Vencimiento: 18/02/2026

Firma

89

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA JUNIO 2015 CODIGO FSC - PP - 005 PÁGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Andrea Cecilia Alvarez, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Andrea Alvarez
Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Andrea Alvarez

C.C. No.: 22.749.801 de: Venezuela

Kelly Peña
Firma de quien realizo la asesoría

Nombre: Kelly Peña Vigoya

C.C. ó Registro No.: 1067311131 de: Agustin Codazzi

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

100

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA**	**FECHA: nov. 2024** **VERSION 2**
	ASESORIA PRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12/06/2025

Yo Andrea Cecilia Alvarez, identificado(a) con documento Numero 22749801 EPS: No Tiene certificó que he recibido asesoría previa a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo sus propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de realizarme una prueba diagnóstica para VIH. Dentró de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X		

En virtud de lo anterior, manifiesto que:

- He recibido la asesoría pre-prueba con el fin de realizarme la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He recibido información sobre las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

Andrea Alvarez
FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

Fecha: 12/06/2025

Yo Andrea Cecilia Alvarez, identificado(a) con documento Numero 22 749 801 EPS: NO FIGURE certifico que he recibido asesoría posterior a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X	Recuerde que si la prueba es no reactiva, se debe repetir en tres meses	X

En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me preparó y confrontó en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que debo tomar para evitar exponerme o exponer a otros a la infección por VIH.

Andrea Alvarez

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

102

ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA NIT. 824000725-0

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

REPORTE DE LABORATORIO

FECHA: 12/06/2025

Régimen: No tiene

Nombre del Usuario: Andrea Cecilia Alvarez

EAPB: No Tiene

Numero de Cedula: 22749 801

Edad: 32 años

Prueba: VIH Técnica: Inmunocromatografica (Prueba Rápida)

Resultado: No Reactivo

Lote: 03ADI031B

Casa Comercial: Abbott Bioline

Fecha de Vencimiento: 18/02/2026

Firma

10

303

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA, E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA JUNIO 2015 CODIGO FSC - PP - 005 PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Yenny Rosa Romero Medina, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [x] NO [ ]

Yenny R.
Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Yenny Romero medina

C.C. No.: PPT 837197 de: Bogotá Venezuela

Firma de quien realizo la asesoria

Nombre: Kelly Ferm Vigoya

C.C. ó Registro No.: 1067711131 de: Agustin Codazzi

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: nov. 2024
		VERSION 2
	ASESORIA PRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12-06-2025

Yo Yenny Romero Medina, identificado(a) con documento Numero PPT 88197 EPS: Famisanitas certifico que he recibido asesoría previa a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo sus propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de realizarme una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X		

En virtud de lo anterior, manifiesto que:

- He recibido la asesoría pre-prueba con el fin de realizarme la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He recibido información sobre las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

Yenny R.
FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

105

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA**	**FECHA: nov. 2024** **VERSION 2**
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12 06 2025

Yo Yenny Romero Medina, identificado(a) con documento Numero PPT 83197 EPS: Asmesalud certifico que he recibido asesoría posterior a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH.

Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X	Recuerde que si la prueba es no reactiva, se debe repetir en tres meses	X

En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me preparó y confrontó en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que debo tomar para evitar exponerme o exponer a otros a la infección por VIH.

Yenny R.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

106

ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA NIT. 824000725-0

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

REPORTE DE LABORATORIO

FECHA: 12/06/2025

Régimen: Subsidiado

Nombre del Usuario: Yenny Romero Medina

EAPB: Asmet Salud

Numero de Cedula: PPT 837197

Edad: 43 años

Prueba: VIH **Técnica:** Inmunocromatográfica (Prueba Rápida)

Resultado: No Reactivo

Lote: 03ADI031B

Casa Comercial: Abbott Biolne

Fecha de Vencimiento: 18/02/2026

Firma

11

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 005 PÁGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Gladys del Carmen Acosta, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Gladys Acosta
Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Gladys Acosta

C.C. No.: 49791479 de: V/dupao

Kely Peña
Firma de quien realizo la asesoría

Nombre: Kely Peña Vigoya

C.C. ó Registro No.: 1067711131 de: Agustin Codazzi

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

108

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: nov. 2024
		VERSION 2
	ASESORIA PRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12/06/2025

Yo Giadys Acosta Alvarez, identificado(a) con documento Numero 1999[illegible] EPS: [illegible] certifico que he recibido asesoría previa a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo sus propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de realizarme una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X		

En virtud de lo anterior, manifiesto que:

- He recibido la asesoría pre-prueba con el fin de realizarme la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He recibido información sobre las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

Giadys Acosta
FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: nov. 2024
		VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12 06 2025

Yo Gladys Acosta, identificado(a) con documento Numero 49791479 EPS: Ducka certifico que he recibido asesoría posterior a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH.

Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X	Recuerde que si la prueba es no reactiva, se debe repetir en tres meses	X

En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me preparó y confrontó en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que debo tomar para evitar exponerme o exponer a otros a la infección por VIH.

Gladys Acosta
FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

11

10

ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA NIT. 824000725-0

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

REPORTE DE LABORATORIO

FECHA: 12/06/2025 **Régimen:** Subsidiado

Nombre del Usuario: Gladys Del Carmen Alosfi **EAPB:** Dusakawi

Numero de Cedula: 49.791.479 **Edad:** 45 años

Prueba: VIH **Técnica:** Inmunocromatográfica (Prueba Rápida)

Resultado: No Reactivo **Lote:** 03ADI031B

Casa Comercial: Abbott Baloure **Fecha de Vencimiento:** 18/02/2026

Firma

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo Yeni Marquez, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Yeni Marquez
Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Yeni Marquez

C.C. No.: 1758469A de: Valledupar

Kelly Peña
Firma de quien realizo la asesoria

Nombre: Kelly Pena Vigoya

C.C. ó Registro No.: 1067711131 de: Agustin Codazzi

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: nov. 2024
		VERSION 2
	ASESORIA PRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12-05-2025

Yo Yeni Maraver, identificado(a) con documento Numero 858474 EPS: No tiene certifico que he recibido asesoría previa a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo sus propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de realizarme una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X		

En virtud de lo anterior, manifiesto que:

- He recibido la asesoría pre-prueba con el fin de realizarme la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He recibido información sobre las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

Yeni Maraver
FIRMA DEL PACIENTE

Kerly Peñaloza
FIRMA DEL ASESOR

113

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: nov. 2024 VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12-05-2025

Yo Yeni Maraver, identificado(a) con documento Numero 12588469 EPS: No tiene certifico que he recibido asesoría posterior a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	/	Recuerde que si la prueba es no reactiva, se debe repetir en tres meses	X

En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me preparó y confrontó en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que debo tomar para evitar exponerme o exponer a otros a la infección por VIH.

Yeni Maraver

FIRMA DEL PACIENTE

Kevy Peña

FIRMA DEL ASESOR

LJA

ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA NIT. 824000725-0

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

REPORTE DE LABORATORIO

FECHA: 12 - 06 - 2025 **Régimen:** No Aplica

Nombre del Usuario: Yenis Noriega **EAPB:** No tiene

Numero de Cedula: 1088467A **Edad:** 48 Años

Prueba: VIH **Técnica: Inmunocromatográfica (Prueba Rápida)**

Resultado: No Reactivo **Lote:** 03FD03AB

Casa Comercial: Abbott Bioline **Fecha de Vencimiento:** 2026 02 19

Firma

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Yeni Gutierrez, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Yeni Gutierrez
Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Yeni Gutierrez

C.C. No.: 1324860 de: Ulpa

Key Peña
Firma de quien realizo la asesoría

Nombre: Key Peña Vigoya

C.C. ó Registro No.: 1067711131 de: Agustin Codazzi

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

JIG

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: nov. 2024
		VERSION 2
	ASESORIA PRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12-06-2025

Yo Yeni Gutierrez, identificado(a) con documento Numero 1372478260 EPS: Famisanar certificó que he recibido asesoría previa a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo sus propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de realizarme una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X		

En virtud de lo anterior, manifiesto que:

- He recibido la asesoría pre-prueba con el fin de realizarme la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He recibido información sobre las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

Yeni Gutierrez
FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: nov. 2024
		VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12-06-2025

Yo Yeni Gutierrez, identificado(a) con documento Numero 1067487860 EPS: Asmetsalud certifico que he recibido asesoría posterior a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X	Recuerde que si la prueba es no reactiva, se debe repetir en tres meses	X

En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me preparó y confrontó en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que debo tomar para evitar exponerme o exponer a otros a la infección por VIH.

Yeni Gutierrez
FIRMA DEL PACIENTE

Kevy Pena
FIRMA DEL ASESOR

18

ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA NIT. 824000725-0

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

REPORTE DE LABORATORIO

FECHA: 12/06/2025 **Régimen:** Subsidiado

Nombre del Usuario: Yeny Gutierrez **EAPB:** Asmetsalud

Numero de Cedula: PPT 1082517 **Edad:** 47 anos

Prueba: VIH **Técnica:** Inmunocromatográfica (Prueba Rápida)

Resultado: No Reactivo **Lote:** 03 ADI031B

Casa Comercial: Abbott Bioline **Fecha de Vencimiento:** 18/02/2026

Firma

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA JUNIO 2015 CODIGO FSC - PP - 005 PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Yoselin Coromoto Vegara Godoy, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Yoselin Vergara
Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Yoselin Coromoto Vergara Godoy

C.C. No.: 25.218.365 de: Venezuela

Kelly Pena
Firma de quien realizo la asesoria

Nombre: Kelly Pena Vigoya

C.C. ó Registro No.: 1067711131 de: Agustin Codazzi

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

120

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: nov. 2024 VERSION 2
	ASESORIA PRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12/06/2025

Yo Yoselin Cosomoto Vergara Godoy, identificado(a) con documento Numero 25218 363 EPS: No Tengo certificó que he recibido asesoría previa a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo sus propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de realizarme una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X		

En virtud de lo anterior, manifiesto que:

- He recibido la asesoría pre-prueba con el fin de realizarme la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He recibido información sobre las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

Yoselin Vergara
FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: nov. 2024
		VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12/06/2025

Yo Yoselin Vergara Godoy, identificado(a) con documento Numero 25.218.365 EPS: Nueva EPS certifico que he recibido asesoría posterior a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X	Recuerde que si la prueba es no reactiva, se debe repetir en tres meses	X

En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me preparó y confrontó en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que debo tomar para evitar exponerme o exponer a otros a la infección por VIH.

Yoselin Vergara

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

122

ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA NIT. 824000725-0

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

REPORTE DE LABORATORIO

FECHA: 12/06/2025 **Régimen:** No Aplica

Nombre del Usuario: Yoselin Vergara Godoy **EAPB:** No Tiene

Numero de Cedula: CC 1218365 **Edad:** 33 años

Prueba: VIH **Técnica:** Inmunocromatográfica (Prueba Rápida)

Resultado: No Reactivo **Lote:** 03ADI031B

Casa Comercial: Abbott Bioline **Fecha de Vencimiento:** 18/02/2026

Firma

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 005 PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Osiris Fuentes Caballero, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos. y que entiendo su contenido.

He recibido asesoria pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos. prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoria y que según su compromiso recibiré una asesoria post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Osiris Fuentes Caballero
Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Osiris Fuentes C.

C.C. No. 49774534 de:

Kelly Peña
Firma de quien realizo la asesoria

Nombre: Kelly Peña Vigoya

C.C. ó Registro No.: 1067711131 de: Agustin Codazzi

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre:

C.C. ó Registro No.: de:

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA, E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA**	**FECHA: nov. 2024** **VERSION 2**
	ASESORIA PRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12-06-2025

Yo OSIRIS Fuentes C. , identificado(a) con documento Numero 49774534 EPS: coosalud certifico que he recibido asesoría previa a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo sus propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de realizarme una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	✓		

En virtud de lo anterior, manifiesto que:

- He recibido la asesoría pre-prueba con el fin de realizarme la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He recibido información sobre las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

Osiris Fuentes
FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: nov. 2024
		VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12 06 2025

Yo Osiris Fuente Caballero, identificado(a) con documento Numero 49778534 EPS: Coosalud certifico que he recibido asesoría posterior a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X	Recuerde que si la prueba es no reactiva, se debe repetir en tres meses	X

En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me preparó y confrontó en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que debo tomar para evitar exponerme o exponer a otros a la infección por VIH.

Osiris Fuente

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

130

ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA NIT. 824000725-0

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA, E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

REPORTE DE LABORATORIO

FECHA: 12/06/2025 **Régimen:** Subsidiado

Nombre del Usuario: Osiris Fuentes Caballero **EAPB:** Coosalud

Numero de Cedula: 49778534 **Edad:** 48 años

Prueba: VIH **Técnica:** Inmunocromatográfica (Prueba Rápida)

Resultado: No Reactivo **Lote:** 03ADI031B

Casa Comercial: Abbott Biolne **Fecha de Vencimiento:** 18/02/2026

Firma

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA JUNIO 2015 CODIGO FSC - PP - 005 PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Ana Ma Hernandez Aguirre, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Ana Ma Hernandez A.
Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Ana Maria Hernandez Aguirre

C.C. No.: 1047453977 de: Cartagena

Kely Peña
Firma de quien realizó la asesoría

Nombre: Kely Peña Ugoya

C.C. ó Registro No.: 1067711131 de: Agustin Codazzi

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: nov. 2024
		VERSION 2
	ASESORIA PRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: D 06 2025

Yo Lura Maria Hernandez Aguirre, identificado(a) con documento Numero 1047453977 EPS: Salud Total certifico que he recibido asesoría previa a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo sus propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de realizarme una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X		

En virtud de lo anterior, manifiesto que:

- He recibido la asesoría pre-prueba con el fin de realizarme la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He recibido información sobre las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA**	**FECHA: nov. 2024**
		VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12 06 2025

Yo Lura Maria Hernandez Aguirre, identificado(a) con documento Numero 1047453977 EPS: Salud Total certifico que he recibido asesoría posterior a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X	Recuerde que si la prueba es no reactiva, se debe repetir en tres meses	X

En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me preparó y confrontó en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que debo tomar para evitar exponerme o exponer a otros a la infección por VIH.

Lura Maria Hernandez A.

FIRMA DEL PACIENTE

Kary Leiva

FIRMA DEL ASESOR

ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA NIT. 824000725-0

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

REPORTE DE LABORATORIO

FECHA: 12/06/2025 **Régimen:** Subsidiado

Nombre del Usuario: Ana Maria Hernandez **EAPB:** Salud Total

Numero de Cedula: 1047453977 **Edad:** 32 años

Prueba: VIH **Técnica: Inmunocromatográfica (Prueba Rápida)**

Resultado: No Reactivo **Lote:** 03ADI031B

Casa Comercial: Abbott BioLine **Fecha de Vencimiento:** 18/02/2026

Firma

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA JUNIO 2015 CODIGO FSC - PP - 005 PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo. Dailex Yulima Molina Perez, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [✓] NO [ ]

Dailex Molina
Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Dailex Molina

C.C. No.: 25884722 de: Venezuela

Key Pena
Firma de quien realizo la asesoria

Nombre: Key Pena Vigoya

C.C. ó Registro No.: 1067711131 de: Agustin Codazzi

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

124

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA**	**FECHA: nov. 2024** **VERSION 2**
	ASESORIA PRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12-06-25

Yo Dailex Yulima Molina Perez, identificado(a) con documento Numero 25884722 EPS: NO certifico que he recibido asesoría previa a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo sus propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de realizarme una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	/		

En virtud de lo anterior, manifiesto que:

- He recibido la asesoría pre-prueba con el fin de realizarme la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He recibido información sobre las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: nov. 2024
		VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12-06-25

Yo Dailex Yulima Molina Perez, identificado(a) con documento Numero 25884722 EPS: No certifico que he recibido asesoría posterior a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X	Recuerde que si la prueba es no reactiva, se debe repetir en tres meses	X

En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me preparó y confrontó en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que debo tomar para evitar exponerme o exponer a otros a la infección por VIH.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

126

ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA NIT. 824000725-0

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

REPORTE DE LABORATORIO

FECHA: 12/06/2025 **Régimen:** No Aplica

Nombre del Usuario: Dailet Molina Perez **EAPB:** No Tiene

Numero de Cedula: 25884722 Venezuela **Edad:** 32 años

Prueba: VIH **Técnica:** Inmunocromatográfica (Prueba Rápida)

Resultado: No Reactivo **Lote:** 03ADI031B

Casa Comercial: Abbott Bioline **Fecha de Vencimiento:** 18/02/2026

Firma

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Adriana Ruiz, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoria y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

ADRIANA RUIZ
Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Adriana Ruiz

C.C. No.: 50893604 de: Montería

Kely Peña
Firma de quien realizo la asesoria

Nombre: Kely Peña Vigoya

C.C. o Registro No.: 1067711131 de: Agustín Codazzi

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

136

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA**	**FECHA: nov. 2024** **VERSION 2**
	ASESORIA PRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12/06/2025

Yo Adriana Ruiz, identificado(a) con documento Numero 50893604 EPS: Nueva EPS certifico que he recibido asesoría previa a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo sus propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de realizarme una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	✓		

En virtud de lo anterior, manifiesto que:

- He recibido la asesoría pre-prueba con el fin de realizarme la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He recibido información sobre las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

X ADRIANA RUIZ
FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA**	**FECHA: nov. 2024** **VERSION 2**
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12/06/2025

Yo Adriana Ruiz, identificado(a) con documento Numero 50893604 EPS: Nueva EPS certifico que he recibido asesoría posterior a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X	Recuerde que si la prueba es no reactiva, se debe repetir en tres meses	X

En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me preparó y confrontó en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que debo tomar para evitar exponerme o exponer a otros a la infección por VIH.

X ADRIANA RUIZ

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA NIT. 824000725-0

REPORTE DE LABORATORIO

136

FECHA: 12/06/2025

Nombre del Usuario: Adriana Ruiz

Régimen: Subsidiado

Numero de Cedula: 50893604

EAPB: Nueva EPS

Edad: 55 años

Prueba: VIH Técnica: Inmunocromatográfica (Prueba Rápida)

Resultado: No Reactivo

Casa Comercial: Abbott Biocine

Lote: 03AD031B

Fecha de Vencimiento: 18/02/2026

Firma

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA JUNIO 2015 CODIGO FSC - PP - 005 PÁGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, MERYS MARQUEZ PEÑA, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoria post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Firma de quien da el consentimiento

Nombre: MERY MARQUEZ PEÑA

C.C. No.: 49773690 de: VALLEDUPAR

Firma de quien realizo la asesoria

Nombre: Kelly Peña Vigoya

C.C. ó Registro No.: 1067711131 de: Agustin Codazzi

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

146

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: nov. 2024
		VERSION 2
	ASESORIA PRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12 06 2025

Yo Merys Marquez Peña, identificado(a) con documento Numero 49 773 690 EPS: Ecosalud certifico que he recibido asesoría previa a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo sus propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de realizarme una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	XX
¿Cómo se transmite?		Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X		

En virtud de lo anterior, manifiesto que:

- He recibido la asesoría pre-prueba con el fin de realizarme la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He recibido información sobre las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

141

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: nov. 2024 VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12 06 2025

Yo Mery Marquez Peña, identificado(a) con documento Numero 49 773 690 EPS: Coosalud certifico que he recibido asesoría posterior a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X	Recuerde que si la prueba es no reactiva, se debe repetir en tres meses	X

En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me preparó y confrontó en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que debo tomar para evitar exponerme o exponer a otros a la infección por VIH.

Mery Marquez P.

FIRMA DEL PACIENTE

Kelly Peña

FIRMA DEL ASESOR

ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA NIT. 824000725-0

142

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

REPORTE DE LABORATORIO

FECHA: 12/06/2025

Nombre del Usuario: Mery Marquez Peña

Régimen: Subsidiado

EAPB: Coosalud

Numero de Cedula: 49773690

Edad: 52 años

Prueba: VIH **Técnica:** Inmunocromatográfica (Prueba Rápida)

Resultado: No Reactivo

Lote: 03ADI031B

Casa Comercial: Abbott Bidine

Fecha de Vencimiento: 18/02/2026

Firma

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA JUNIO 2015 CODIGO FSG - PP - 005 PÁGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, INGRID LOPEZ PEÑALOZA, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI ☐ NO ☐

INGRID LOPEZ

Firma de quien da el consentimiento

Nombre: INGRID LOPEZ PEÑALOZA

C.C. No.: 1065595191 de: Valledupar

Key Peña

Firma de quien realizo la asesoria

Nombre: Key Peña Vigoya

C.C. ó Registro No.: 1067711131 de: Agustín Codazzi

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA NIT. 824000725-0

146

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

REPORTE DE LABORATORIO

FECHA: 12/06/2025 **Régimen:** Subsidiado

Nombre del Usuario: Ingrid Lopez Penaloza **EAPB:** Sanitas

Numero de Cedula: 1065595191 **Edad:** 40 años

Prueba: VIH **Técnica:** Inmunocromatográfica (Prueba Rápida)

Resultado: NO REACTIVO **Lote:** 03A01031B

Casa Comercial: Abbott Bioline **Fecha de Vencimiento:** 18/02/2026

Firma

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 005 PACINA 1 DE :

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Luisyseth Moriano Mapparí Alo certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Luisyseth Mapparí
Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Luisyseth Moriano

C.C. No.: 22-482262 de: Valencia

Kelly Peña
Firma de quien realizo la asesoria

Nombre: Kelly Peña Vigoya

C.C. ó Registro No.: 1067711131 de: Agustin Codazzi

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA**	**FECHA: nov. 2024** **VERSION 2**
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: D 06 2028

Yo Luisyeth Mariana Mapparí Alvarado identificado(a) con documento Numero 27.482207 EPS: No tiene certifico que he recibido asesoría posterior a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X	Recuerde que si la prueba es no reactiva, se debe repetir en tres meses	X

En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me preparó y confrontó en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que debo tomar para evitar exponerme o exponer a otros a la infección por VIH.

Luisyeth Mapparí
FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

150

ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA NIT. 824000725-0

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

REPORTE DE LABORATORIO

FECHA: 12/06/2025 **Régimen:** No Aplica

Nombre del Usuario: Luyiseth Mappar Alarcón **EAPB:** No Tiene

Numero de Cedula: CV 22 482 202 **Edad:** 33 años

Prueba: VIH **Técnica:** Inmunocromatográfica (Prueba Rápida)

Resultado: No Reactivo **Lote:** 03ADF031B

Casa Comercial: Abbott Biolne **Fecha de Vencimiento:** 18/02/2026

Firma

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA JUNIO 2015 CODIGO FSC - PP - 005 PÁGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, franyelis Roselith Reyes Palencia, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

franyelis R.
Firma de quien da el consentimiento

Nombre: franyelis

C.C. No.: 30663060 de: Venezuela

Kelly Peña
Firma de quien realizo la asesoria

Nombre: Kelly Peña Vigoya

C.C. ó Registro No.: 1067711131 de: Agustin Codazzi

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

152

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: nov. 2024
		VERSION 2
	ASESORIA PRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12-06-2025

Yo Franyelis Roselith Reyes Palencia, identificado(a) con documento Numero 30572806 EPS: NO certifico que he recibido asesoría previa a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo sus propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de realizarme una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X		

En virtud de lo anterior, manifiesto que:

- He recibido la asesoría pre-prueba con el fin de realizarme la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He recibido información sobre las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

Franyelis R.
FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: nov. 2024
		VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12-06-2025

Yo franyelis Reselith Reyes Palencia, identificado(a) con documento Numero 36663060 EPS: NO certifico que he recibido asesoría posterior a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas; su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X	Recuerde que si la prueba es no reactiva, se debe repetir en tres meses	X

En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me preparó y confrontó en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que debo tomar para evitar exponerme o exponer a otros a la infección por VIH.

franyelis R.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA NIT. 824000725-0

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

REPORTE DE LABORATORIO

FECHA: 12/06/2025 **Régimen:** No Aplica

Nombre del Usuario: Franyelis Reyes Palencia **EAPB:** No Tiene

Numero de Cedula: CV 30663060 **Edad:** 21 años

Prueba: VIH **Técnica: Inmunocromatográfica (Prueba Rápida)**

Resultado: No Reactivo **Lote:** 03ADI031B

Casa Comercial: Abbott Bidline **Fecha de Vencimiento:** 18/02/2026

Firma

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA, E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA, JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 005 PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Kayralis Yarivic Canino Hernandez, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Firma de quién da el consentimiento

Nombre: Kayralis Canino

C.C. No.: 27235113 de: Venezuela

Kelly Peña

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre: Kelly Peña Vilgoys

C.C. ó Registro No.: 1067711131 de: Agustin Codazzi

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA**	**FECHA: nov. 2024**
		VERSION 2
	ASESORIA PRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12-06-2025

Yo Kayralis Yarivic Carino Hernandez identificado(a) con documento Numero 27235163 EPS: No tiene certifico que he recibido asesoría previa a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo sus propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de realizarme una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X		

En virtud de lo anterior, manifiesto que:

- He recibido la asesoría pre-prueba con el fin de realizarme la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He recibido información sobre las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: nov. 2024
		VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12-06-2025

Yo Kayrelis Yaviric Canino Hernandez identificado(a) con documento Numero 27235413 EPS: NO TIENE certifico que he recibido asesoría posterior a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X	Recuerde que si la prueba es no reactiva, se debe repetir en tres meses	X

En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me preparó y confrontó en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que debo tomar para evitar exponerme o exponer a otros a la infección por VIH.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA NIT. 824000725-0

19

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

REPORTE DE LABORATORIO

FECHA: 12/06/2025 **Régimen:** No Aplica

Nombre del Usuario: Kayrelis Camino **EAPB:** No Tiene

Numero de Cedula: 27235113 cv **Edad:** 28 años

Prueba: VIH **Técnica: Inmunocromatográfica (Prueba Rápida)**

Resultado: No Reactivo **Lote:** 03ADF031B

Casa Comercial: Abbott Bioline **Fecha de Vencimiento:** 18/02/2026

Firma

159

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA JUNIO 2015 CODIGO FSC - PP - 005 PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Sandra del Carmen Avendaño Muñoz, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Sandra. A.

Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Sandra Avendaño

C.C. No. 1075992916 de: Vene

Kely Peña

Firma de quien realizo la asesoria

Nombre: Kely Peña Vigoya

C.C. ó Registro No.: 1067711131 de: Agustin Codazzi

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA**	**FECHA: nov. 2024** **VERSION 2**
	ASESORIA PRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12 06 2025

Yo Sandra del C. Arredondo Flores, identificado(a) con documento Numero PPT S942916 EPS: Caja copi certifico que he recibido asesoría previa a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo sus propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de realizarme una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X		

En virtud de lo anterior, manifiesto que:

- He recibido la asesoría pre-prueba con el fin de realizarme la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He recibido información sobre las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

Sandra Arredondo
FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA**	**FECHA: nov. 2024** **VERSION 2**
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12 06 24

Yo Sandra del C. Arredondo Flores, identificado(a) con documento Numero PPT5992916 EPS: Caja copi certifico que he recibido asesoría posterior a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH.

Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?		Recuerde que si la prueba es no reactiva, se debe repetir en tres meses	X

En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me preparó y confrontó en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que debo tomar para evitar exponerme o exponer a otros a la infección por VIH.

Sandra Arredondo

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA NIT. 824000725-0

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

REPORTE DE LABORATORIO

162

FECHA: 12/06/2025 **Régimen:** Subsidiado

Nombre del Usuario: Sandra Avendaño M **EAPB:** Cajacopi

Numero de Cedula: ~~RC~~ 5992916 **Edad:** 38 años

Prueba: VIH **Técnica: Inmunocromatográfica (Prueba Rápida)**

Resultado: No Reactivo **Lote:** 03ADI031B

Casa Comercial: Abbott Bioline **Fecha de Vencimiento:** 18/02/2026

Firma

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA JUNIO 2015 CODIGO FSC - PP - 005 PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Adriana del Carmen Cacique Contreras, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui infomada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Adriana Cacique
Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Adriana Cacique

C.C. No.: 1065675875 de: Valledupar

Kely Peña
Firma de quien realizo la asesoria

Nombre: Kely Peña Vigoya

C.C. ó Registro No.: 1067711131 de: Agustin Codazzi

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA**	**FECHA: nov. 2024** **VERSION 2**
	ASESORIA PRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

164

Fecha: 2 de 2025

Yo Adriana del Carmen Cacique Contreras identificado(a) con documento Numero 1065675875 EPS: Mutual ser certificó que he recibido asesoría previa a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo sus propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de realizarme una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	✓
¿Sabe usar el preservativo?	✓		

En virtud de lo anterior, manifiesto que:

- He recibido la asesoría pre-prueba con el fin de realizarme la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He recibido información sobre las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

Adriana Cacique
FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

15

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: nov. 2024
		VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12 06 2024

Yo Adriana del Carmen Cacique Contreras identificado(a) con documento Numero 1065675875 EPS: Mutual Ser certifico que he recibido asesoría posterior a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X	Recuerde que si la prueba es no reactiva, se debe repetir en tres meses	X

En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me preparó y confrontó en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que debo tomar para evitar exponerme o exponer a otros a la infección por VIH.

Adriana Cacique

FIRMA DEL PACIENTE

Key Peña

FIRMA DEL ASESOR

ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA NIT. 824000725-0

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

16C

REPORTE DE LABORATORIO

FECHA: 12/06/2025 **Régimen:** Subsidiado

Nombre del Usuario: Adriana Cacique C **EAPB:** Mutualser

Numero de Cedula: 1065675875 **Edad:** 41 años

Prueba: VIH **Técnica: Inmunocromatográfica (Prueba Rápida)**

Resultado: No Reactivo **Lote:** 03ADF031B

Casa Comercial: Abbott Bioline **Fecha de Vencimiento:** 18/02/2026

Firma

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA, E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA JUNIO 2015 CODIGO FSC - PP - 005 PÁGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Estefany Alejandra Peña Lopez., certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Estefany P.

Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Estefany A Peña Lopez.

C.C. No.: 20266240 de: Venezuela.

Kely Peña

Firma de quien realizo la asesoria

Nombre: Kely Peña Vigoya

C.C. ó Registro No.: 1067711131 de: Agustin Codazzi

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: nov. 2024
		VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12 06 2025

Yo Estefany Alejandra Peña Lopez, identificado(a) con documento Numero 2026624O EPS: no tengo certifico que he recibido asesoría posterior a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	—	Recuerde que si la prueba es no reactiva, se debe repetir en tres meses	a

En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me preparó y confrontó en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que debo tomar para evitar exponerme o exponer a otros a la infección por VIH.

Estefany Peña

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

1x6

ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA NIT. 824000725-0

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

REPORTE DE LABORATORIO

FECHA: 12/06/2025 **Régimen:** No Aplica

Nombre del Usuario: Stefany Peña Lopez **EAPB:** No Tiene

Numero de Cedula: 20266240 C.V. **Edad:** 34 anos.

Prueba: VIH **Técnica: Inmunocromatográfica (Prueba Rápida)**

Resultado: No Reactivo **Lote:** 03ADF031B

Casa Comercial: Abbott Bioline **Fecha de Vencimiento:** 18/02/2026

Stefany Peña

Firma

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo Zunilda niño Varela. certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Zunilda niño Varela
Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Zunilda niño Varela

C.C. No.: 36711657 de: Astrea Cesar.

Kely Leña
Firma de quien realizo la asesoria

Nombre: Kely Leña Vigoys

C.C. ó Registro No.: 1067711131 de: Agustin Codazzi

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

172

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA**	**FECHA: nov. 2024** **VERSION 2**
	ASESORIA PRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

Fecha: 12 05 2025

Yo Zunilda niño varela., identificado(a) con documento Numero 36711657 EPS: Sanidad Militar. certifico que he recibido asesoría previa a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo sus propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de realizarme una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X		

En virtud de lo anterior, manifiesto que:

- He recibido la asesoría pre-prueba con el fin de realizarme la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He recibido información sobre las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

Zunilda niño varela
FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA**	**FECHA: nov. 2024** **VERSION 2**
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH	Página 1 de 1

P3

Fecha: 12 06 2025

Yo Zenildo niño Varela, identificado(a) con documento Numero 867 11657 EPS: Sanitas certifico que he recibido asesoría posterior a la realización de la prueba voluntaria de VIH y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH. Dentro de los temas abordados están: marque con una "X"

Sobre el VIH		Sobre su riesgo	
¿Qué es VIH?	X	El número de compañeros sexuales que ha tenido en el último año	X
¿Qué es SIDA?	X	Recuerde si ha utilizado preservativos en todas sus relaciones sexuales en el último año	X
¿Cómo se transmite?	X	Si se ha realizado tatuajes, su riesgo aumenta	X
¿Cómo no se transmite?	X	Si ejerce actividades sexuales pagas, su riesgo aumenta	X
¿Cómo se realiza la prueba para VIH?	X	Si comparte agujas con otras personas, su riesgo aumenta	X
¿Qué pasa si la prueba sale negativa o positiva?	X	Si su trabajo está relacionado con prestación de servicios de salud, su riesgo aumenta	X
¿Cuál es el tratamiento para el VIH?	X	Recuerde que el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es la única forma de prevenir el contagio con VIH	X
¿Sabe usar el preservativo?	X	Recuerde que si la prueba es no reactiva, se debe repetir en tres meses	X

En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado la prueba de VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me preparó y confrontó en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnóstica presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH. De resultar positiva, seré referido a mi EPS.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que debo tomar para evitar exponerme o exponer a otros a la infección por VIH.

Zenildo niño varela

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR

ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA NIT. 824000725-0

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

REPORTE DE LABORATORIO

FECHA: 12/06/2025 **Régimen:** Especial

Nombre del Usuario: Zunilda niño Varela **EAPB:** Sanidad Militar

Numero de Cedula: 36711657 **Edad:** 42 años

Prueba: VIH **Técnica: Inmunocromatográfica (Prueba Rápida)**

Resultado: No Reactivo **Lote:** 03ADI031B

Casa Comercial: Abbott Bioline **Fecha de Vencimiento:** 18/02/2026

Firma

INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES

HAZTE LA PRUEBA SALUD A TU COMUNIDAD-VALLEDUPAR TE CUIDA

REALIZAR CIEN (100) PRUEBAS RÁPIDAS DE TAMIZAJE, OCHENTA (80) PARA VIH/SIDA, DIEZ (10) PARA HEPATITIS B Y DIEZ (10) PARA HEPATITIS C, EN POBLACIONES VULNERABLES PRIORIZADAS

ELABORADO POR
AREA DE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

DIRIGIDO A:
SECRETARIA LOCAL DE SALUD.

PERIODO DE EJECUCION:
DEL 1 AL 30 DE JUNIO

PIC 2025

Documento debidamente legalizado en los archivos de la ofc. De Calidad – HEAD.

INTRODUCCION.

En el marco del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) – Vigencia 2025, liderado por la Secretaría Local de Salud de Valledupar y ejecutado por la E.S.E. Hospital Eduardo Arredondo Daza, se desarrolló la primera actividad de tamizaje para VIH el día 12 de junio de 2025 en el establecimiento Buchanans Night Club con base a lo contemplado en el pan de acción. Esta intervención, enmarcada dentro de la estrategia municipal "Hazte la Prueba, Salud a tu Comunidad – Valledupar Te Cuida", fue coordinada por el Área de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, y estuvo dirigida a mujeres trabajadoras sexuales previamente caracterizadas como población priorizada.

La actividad tuvo como objetivo principal fomentar una cultura de autocuidado y prevención frente a las infecciones de transmisión sexual, especialmente el VIH, a través de la sensibilización, asesoría pre y pos test, y la aplicación de 25 pruebas rápidas de tamizaje. El enfoque diferencial fue un eje transversal de la actividad, permitiendo reconocer condiciones particulares de las participantes, tales como género, edad, condición de víctima, etnicidad, discapacidad, maternidad, y régimen de afiliación al sistema de salud.

Este informe recoge de manera detallada el desarrollo metodológico de la actividad, los resultados obtenidos, el análisis de participación y el impacto alcanzado, con el fin de retroalimentar futuras acciones en salud pública orientadas a poblaciones en condición de vulnerabilidad.

Documento debidamente legalizado en los archivos
de la ofc. De Calidad – HEAD.

OBJETIVOS

Objetico General

Promover que los grupos priorizados adopten una cultura de autocuidado frente a las ITS y el VIH así como la importancia de las pruebas de tamizaje cuando se ha tenido comportamientos de riesgo.

Objetivos Específicos.

- Sensibilizar a las participantes sobre las prácticas sexuales seguras y el uso correcto del preservativo, como medidas efectivas para prevenir el VIH y otras ITS.
- Aplicar pruebas rápidas de tamizaje para VIH bajo condiciones éticas, confidenciales y bioseguridad, garantizando el acceso oportuno al diagnóstico inicial y la orientación adecuada en caso de resultados reactivos.
- Realizar enfoque diferencial a la población intervenida mediante el enfoque diferencial, con el fin de fortalecer la planeación y focalización de futuras intervenciones en salud sexual y reproductiva.

Documento debidamente legalizado en los archivos
de la ofc. De Calidad – HEAD.

INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES

1. ACTIVIDAD GENERAL A EJECUTAR

Realizar cien (100) pruebas rápidas de tamizaje, ochenta (80) para VIH/SIDA, diez (10) para Hepatitis B y diez (10) para Hepatitis C, en poblaciones vulnerables priorizadas.

1.1 DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD

Durante el mes de junio de 2025, en el marco de la estrategia municipal "Hazte la Prueba, Salud a tu Comunidad – Valledupar Te Cuida", se dio inicio a la actividad denominada "Realizar cien (100) pruebas rápidas de tamizaje, ochenta (80) para VIH/SIDA, diez (10) para Hepatitis B y diez (10) para Hepatitis C, en poblaciones vulnerables priorizadas", la cual hace parte del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) del municipio de Valledupar.

En este contexto, y en cumplimiento de lo contemplado en el plan de acción para el segundo trimestre, se desarrolló la primera actividad operativa, centrada en la realización de veinticinco (25) pruebas rápidas de tamizaje para VIH, dirigida a mujeres trabajadoras sexuales previamente caracterizadas como población prioritaria. Esta intervención tuvo lugar en el establecimiento Buchanans Night Club y fue organizada por el Área de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, como parte de los esfuerzos institucionales por promover el autocuidado, la prevención de infecciones de transmisión sexual en situación de vulnerabilidad.

Para tal fin, la planificación de la actividad partió de la revisión técnica de la ficha de acción, la cual establece el objetivo, los resultados esperados, el impacto proyectado y los indicadores de medición correspondientes. Este proceso fue liderado por la señora Delia Karina Meza, coordinadora del Área de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, quien analizó y validó el plan metodológico propuesto. Cabe resaltar que esta revisión y aprobación se realizó en reunión presencial, llevada a cabo en las instalaciones de la Secretaría Local de Salud, específicamente en la oficina del área, dando así el aval para proceder con la ejecución de la actividad, conforme a lo estipulado en el Plan de Acción vigente para el año 2025.

Posteriormente, con la articulación de la líder de mujeres, el día 21 de mayo de 2025, en la residencia de la señora Milena Sofía Silva Luqués, se llevó a cabo una reunión de concertación entre el equipo el referente del Área De Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, en compañía de kely Peña Vigoya profesional universitario de apoyo del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), con el fin de articular la implementación de la estrategia "Hazte la Prueba, Salud a tu Comunidad – Valledupar Te Cuida". Durante el encuentro, se socializaron los componentes de la estrategia, que contempla la realización de 100 pruebas rápidas (80 para VIH, 10 para Hepatitis B y 10 para Hepatitis C), priorizándose para el segundo trimestre la aplicación de 25

Documento debidamente legalizado en los archivos
de la ofc. De Calidad – HEAD.

pruebas de VIH a mujeres trabajadoras sexuales.Se acordó su acompañamiento para facilitar el acercamiento con administradores de establecimientos y su apoyo en la convocatoria. También se estableció contacto con el líder del barrio El Carmen, quien ofreció su respaldo logístico. Como resultado del encuentro, se fijó la fecha oficial de la actividad para el jueves 12 de junio de 2025, a las 9:00 a.m. en el lenocinio Buchanans Night Club, y quedaron asignados compromisos puntuales orientados a garantizar la ejecución efectiva y articulada de la actividad.

el 3 de junio de 2025, la E.S.E. el referente del Área De Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, en compañía de kely Peña Vigoya profesional universitario de apoyo del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), en articulación con la lideresa Milena Sofía Silva Luqués, realizó un recorrido por los lenocinios del sector El Boliche con el propósito de entregar invitaciones e informar a los administradores sobre la implementación de la estrategia "Hazte la Prueba, Salud a tu Comunidad – Valledupar Te Cuida", en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas 2025. Durante el recorrido, se socializaron los objetivos de la estrategia, su impacto esperado y la logística de la actividad de tamizaje rápido para VIH, programada para el 12 de junio a las 9 am en el establecimiento Buchanans Night Club, previamente concertado como sede del evento. Los administradores manifestaron su disposición para participar y promover la asistencia de sus trabajadoras sexuales, reconociendo la importancia del autocuidado y la prevención frente a las ITS y el VIH. Se acordó la creación de un grupo de WhatsApp para facilitar la comunicación y se definieron compromisos como el acompañamiento logístico por parte del equipo de salud y la coordinación de la asistencia de las participantes por parte de los establecimientos.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

El jueves 12 de junio de 2025, a las 9:00 a.m., en el marco de la estrategia municipal "Hazte la Prueba, Salud a tu Comunidad – Valledupar Te Cuida" y liderada por el Área de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, se aplicaron 25 pruebas rápidas de tamizaje para VIH a población priorizada, cumpliendo con el plan de acción establecido. La actividad tuvo como objetivo fomentar una cultura de autocuidado en salud sexual, sensibilizando sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH, y resaltando la importancia de realizarse pruebas diagnósticas oportunas ante conductas de riesgo.

Se preparó un espacio acogedor, seguro y confidencial, con materiales visuales e informativos y una mesa con insumos necesarios. El equipo responsable estuvo conformado por Ángel Luis Morales Ramírez, referente del área, y Kelly Peña Vigoya, profesional de apoyo, quienes orientaron y acompañaron el proceso.

Intervenciones Colectivas (PIC) 2025, plan financiado por el Sistema General de Seguridad Social en Salud y orientado a mejorar la salud pública mediante promoción, prevención, educación, vigilancia y fortalecimiento comunitario. Se explicó que la ejecución del PIC en la institución educativa es posible gracias a un convenio entre la Secretaría Local de Salud y el Hospital Eduardo Arredondo Daza, facilitando intervenciones con enfoque comunitario y diferencial conforme al Plan Decenal de Salud Pública y la Política de Atención Integral en Salud.

En la parte pedagógica, se informó sobre el VIH: sus formas de transmisión, factores de riesgo relacionados con prácticas sexuales sin protección, y factores protectores como el uso correcto y constante del preservativo, la realización periódica de pruebas rápidas y el acceso oportuno a servicios de salud, promoviendo así el autocuidado y la toma de decisiones informadas en salud sexual y reproductiva.

Se explicó la dinámica: en una mesa principal se diligenciaron consentimientos informados, formatos de pre y pos asesoría, se tomaron las muestras y entregaron los resultados, asegurando bioseguridad, privacidad y confidencialidad. La lista de asistencia, que debía estar clara y completa, permitió un registro oficial para reportar a la Secretaría Local de Salud, cumpliendo con requisitos técnicos y administrativos.

Finalmente, se realizaron las pruebas rápidas respetando el orden, protocolos de bioseguridad, confidencialidad y otorgando un trato digno y respetuoso a cada participante. Como resultado de la intervención, se consolidaron datos importantes que se presentan a continuación en las tablas correspondientes:

Tabla 1 Participación de Mujeres en la Realización de Tamizaje Rápido para VIH Según Establecimiento (Lenocinios)

LENOCINIOS	N° DE MUJERES	PORCENTAJE
LA SEXTA	6	24%
BUCHANANS NIGHT CLUB	1	4%
BOLICHE	2	8%
TREBOL	8	32%
RESIDENCIA ANTIOQUIA	8	32%
TOTAL	25	100%

Análisis Cualitativo: Durante la jornada de tamizaje rápido para VIH, realizada en un punto específico,

Documento debidamente legalizado en los archivos
de la ofc. De Calidad – HEAD.

participaron 25 mujeres provenientes de diferentes lenocinios. La mayor asistencia se registró desde Trébol y Residencia Antioquia (64% en conjunto), seguidas por La Sexta (24%). Por su parte, Boliche y Buchanans Night Club aportaron el 12% restante.

Tabla 2 Distribución de Mujeres Tamizadas Según la EAPB A La Cual Se Encuentran Afiliadas.

EAPB	N° DE AFILIACION	PORCENTAJE
COOSALUD	4	16%
NUEVA EPS	3	12%
ASMETSALUD	3	12%
SANITAS	1	4%
MUTUAL SER	1	4%
CAJACOPI	1	4%
SALUD TOTAL	1	4%
DUSAKAWI	1	4%
SANIDAD MILITAR	1	4%
NO TIENE	9	36%
TOTAL	25	100%

Análisis Cualitativo: Del total de 25 mujeres tamizadas, se identificó que la mayor proporción corresponde a aquellas que no se encuentran afiliadas al sistema de salud (36%), lo que representa una población en situación de vulnerabilidad y con mayor riesgo de enfrentar barreras en el acceso a los servicios.

Entre las mujeres afiliadas, se destaca Coosalud (16%), seguida por Nueva EPS (12%) y Asmetsalud (12%), que en conjunto agrupan el 40% de la población con aseguramiento. El resto de las EPS (Sanitas, Mutual Ser, Cajacopi, Salud Total, Dusakawi y Sanidad Militar) tuvieron una representación mínima del 4% cada una.

Este panorama evidenció la necesidad de realizar la notificación oportuna a la señora Delia Karina Meza, coordinadora del área de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos de la sectorial, con el fin de gestionar el proceso de afiliación para aquellas mujeres que aún no cuentan con cobertura en salud. Este proceso resulta fundamental para garantizar un acceso equitativo y continuo a los servicios de promoción, prevención y tratamiento en el marco de las estrategias de salud pública.

Tabla 3 Distribución de Mujeres Tamizadas Según Régimen de Afiliación al Sistema de Salud

REGIMEN DE AFILIACION	N DE AFILIADOS	PORCENTAJE
SUBSIDIADO	16	64%
CONTRIBUTIVO	0	0%
NO APLICA	9	36%
TOTAL	25	100%

Análisis Cualitativo: Del total de 25 mujeres tamizadas, la mayoría se encuentra afiliada al Régimen Subsidiado (64%), lo cual evidencia que esta población pertenece principalmente a estratos socioeconómicos bajos y accede al sistema de salud mediante subsidio estatal.

Por otra parte, no se registró participación de mujeres afiliadas al Régimen Contributivo (0%), lo que refleja la ausencia de trabajadoras sexuales con acceso a estos tipos de aseguramiento en la muestra analizada.

Finalmente, un 36% no aplica, es decir, no cuenta con afiliación al sistema de salud, lo que representa una población en condición de vulnerabilidad al no disponer de cobertura en servicios de salud, especialmente en el acceso a diagnóstico y tratamiento oportuno frente al VIH y otras ITS.

Tabla 4 Resultados de Pruebas Rápidas de Tamizaje para VIH En Población Intervenida

RESULTADO	CANTIDAD	PORCENTAJE
REACTIVO	O	0%
NO REACTIVO	25	100%
TOTAL	25	100%

Análisis cualitativo: La tabla muestra los resultados obtenidos tras la aplicación de 25 pruebas rápidas de tamizaje para VIH durante la actividad realizada en el marco de la estrategia "Hazte la Prueba, Salud a tu Comunidad – Valledupar Te Cuida". El 100% de los resultados fueron no reactivos, lo que significa que ninguna de las personas tamizadas presentó indicios de infección por VIH al momento de la prueba.

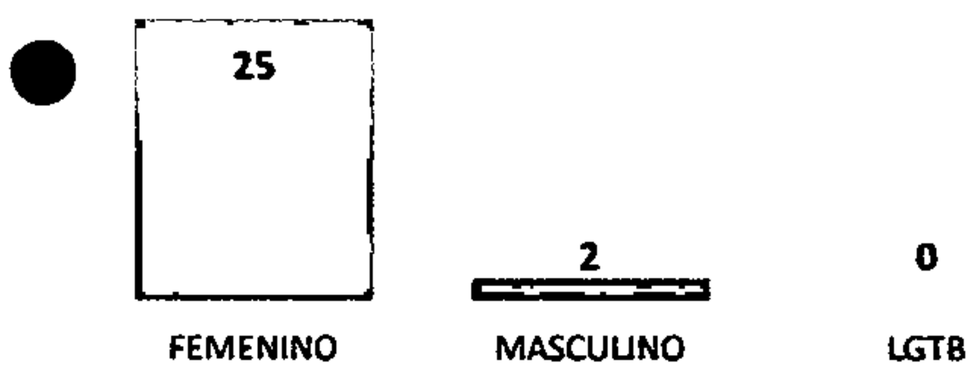
Este resultado es positivo en términos de salud pública, ya que sugiere que, al menos en esta muestra, no se detectaron casos nuevos de VIH. No obstante, es importante recordar que las pruebas rápidas de tercera generación tienen limitaciones, como el período de ventana inmunológica, lo que implica que algunas infecciones recientes podrían no ser detectadas de inmediato.

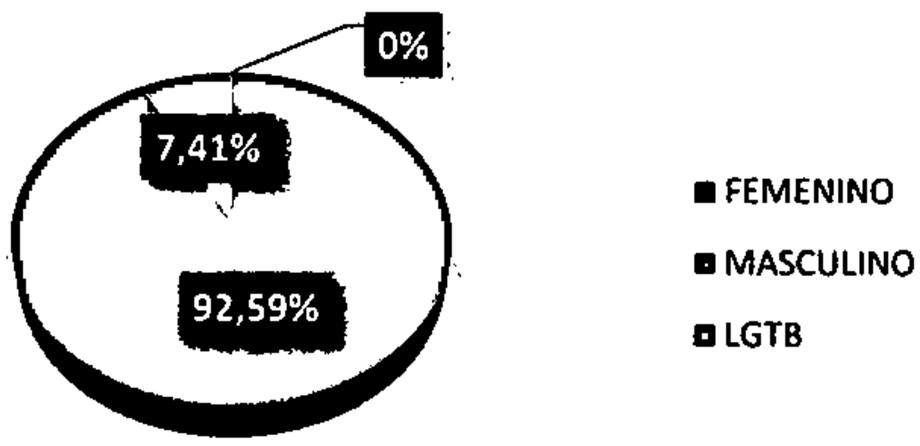
Documento debidamente legalizado en los archivos
de la ofc. De Calidad – HEAD.

ENFOQUE DIFERENCIAL

ENFOQUE DIFERENCIA DE GENERO

ENFOQUE DIFERENCIAL GENERO	CANTIDAD	ENFOQUE DIFERNCIAL GENERO	PORCENTAJE
FEMENINO	25	FEMENINO	92,59%
MASCULINO	2	MASCULINO	7,41%
LGTB	0	LGTB	0%
TOTAL	27	TOTAL	100%





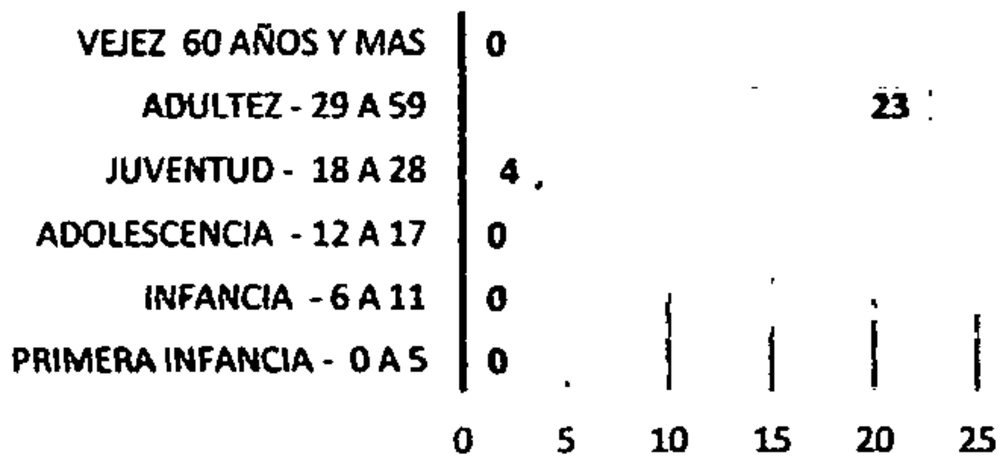
Análisis cualitativo: De un total de 27 personas registradas en la lista de asistencia, la gran mayoría corresponde al género femenino (92,59%), es decir, 25 mujeres, quienes sí participaron en la actividad de tamizaje rápido para VIH. En contraste, se registraron 2 hombres (7,41%), a quienes no se les aplicó la prueba. No se evidenció participación de población LGTBIQ+.

Esto muestra que, aunque la asistencia incluyó tanto mujeres como hombres, la aplicación efectiva del tamizaje se concentró exclusivamente en las mujeres, población priorizada por la actividad.

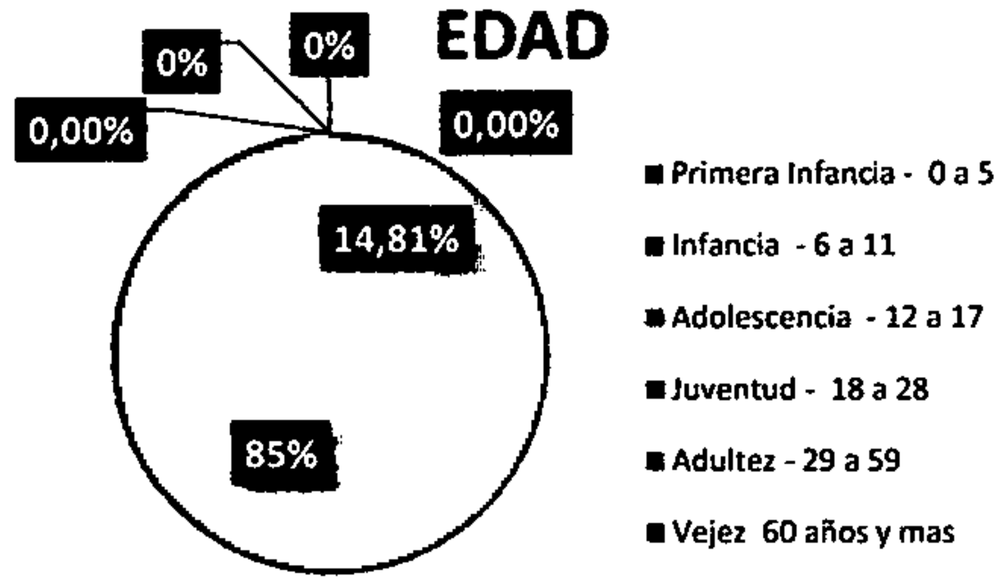
ENFOQUE DIFERENCIA DE EDAD

ENFOQUE DIFERENCIAL EDAD	CANTIDAD	ENFOQUE DIFERNCIAL EDAD	PORCENTAJE
Primera Infancia - 0 a 5	0	**Primera Infancia** - 0 a 5	0%
Infancia - 6 a 11	0	**Infancia** - 6 a 11	0,00%
Adolescencia - 12 a 17	0	**Adolescencia** - 12 a 17	0,00%
Juventud - 18 a 28	4	**Juventud** - 18 a 28	14,81%
Adultez - 29 a 59	23	**Adultez** - 29 a 59	85%
Vejez 60 años y mas	0	**Vejez** 60 años y mas	0%
TOTAL	27	TOTAL	100%

ENFOQUE DIFERENCIAL EDAD



ENFOQUE DIFERENCIAL EDAD



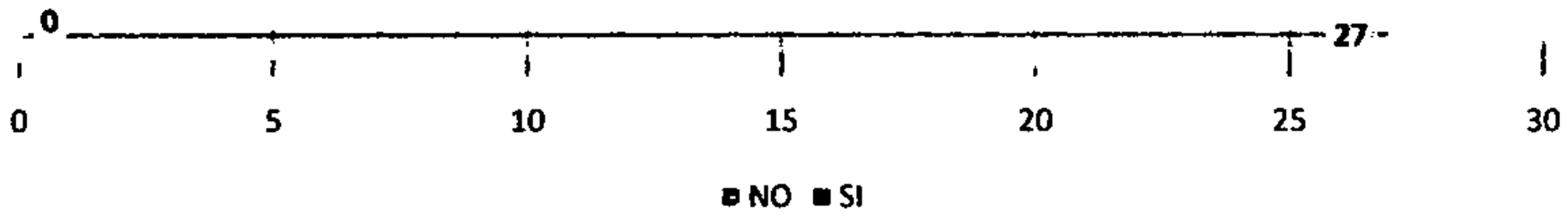
Análisis Cualitativo: De las 27 personas registradas en la lista de asistencia, la gran mayoría pertenece al grupo etario de adultez (29 a 59 años), con 23 personas (85%). En segundo lugar, se identificó participación de 4 personas jóvenes (18 a 28 años), que representan el 14,81%.

No se registraron asistentes en los grupos de primera infancia, infancia, adolescencia ni vejez, lo que confirma que la actividad estuvo dirigida principalmente a población adulta en edad productiva y, en menor medida, a jóvenes.

ENFOQUE DIFERENCIA EMBARAZADAS

ENFOQUE DIFERENCIAL EMBARAZADAS	CANTIDAD	ENFOQUE DIFERENCIAL EMBARAZADAS	PORCENTAJE
SI	0	SI	0%
NO	27	NO	100%
TOTAL	27	TOTAL	100%

ENFOQUE DIFERENCIAL EMBARAZADAS



Análisis Cualitativo: De las 27 personas registradas en la lista de asistencia, ninguna se encontraba en estado de embarazo (0%). El total de la población correspondió a mujeres no gestantes (100%).

Este hallazgo indica que la actividad no contó con la participación de mujeres embarazadas, lo cual es coherente con el perfil de la población trabajadora sexual asistente, pero también evidencia la ausencia de este grupo en situación de especial vulnerabilidad frente al VIH y otras ITS.

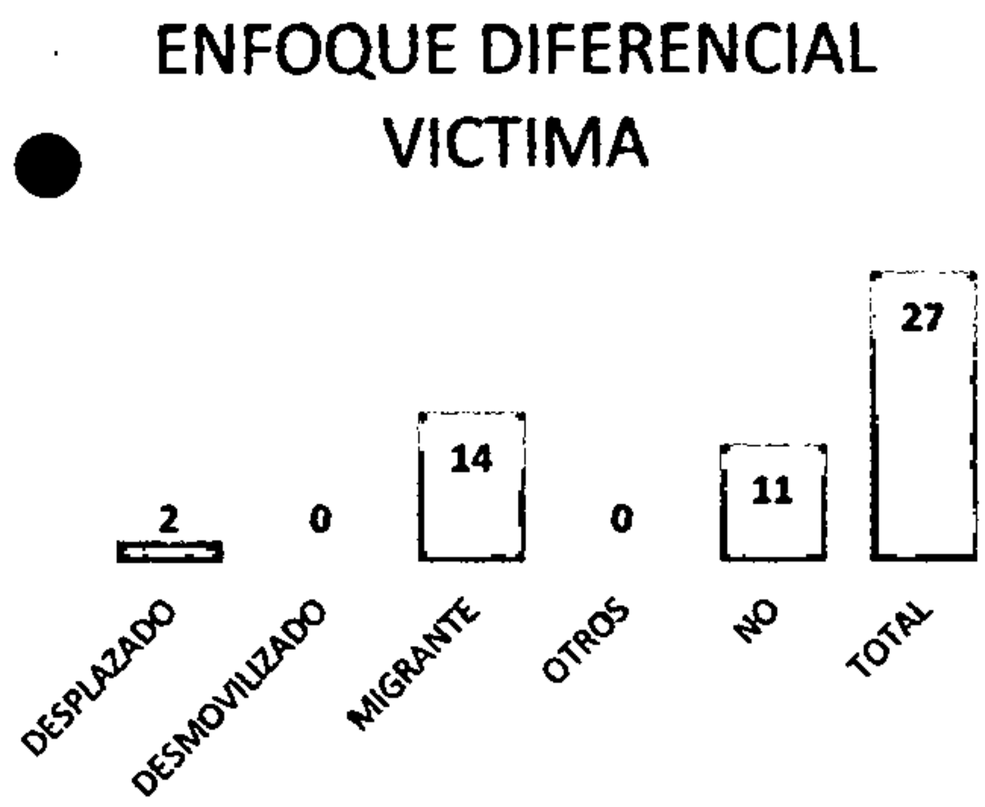
ENFOQUE DIFERENCIAL ETNIAS

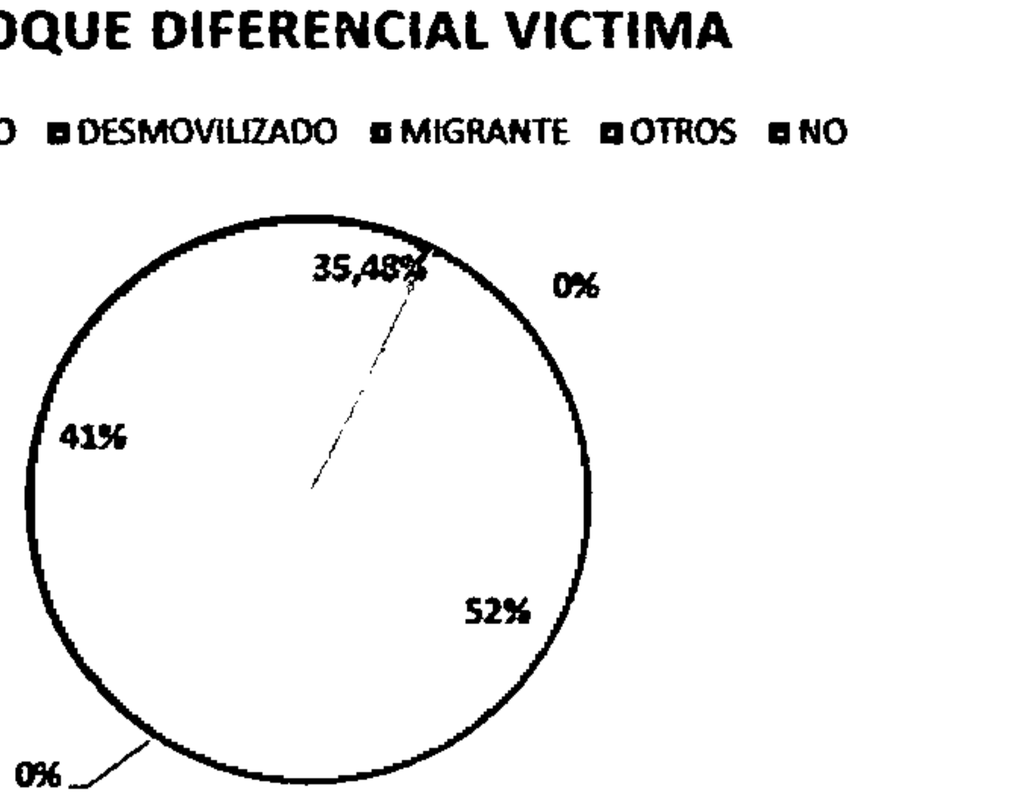
ENFOQUE DIFERENCIAL ETNIAS	CANTIDAD	ENFOQUE DIFERENCIAL ETNIAS	PORCENTAJE
AFRO	0	AFRO	0,00%
INDIGENA	1	INDIGENA	3,70%
ROOM	0	ROOM	0%
OTROS	26	OTROS	96,30%
TOTAL	27	TOTAL	100%

Análisis Cualitativo: De las 27 personas registradas en la lista de asistencia, la mayoría se clasificó en la categoría "otros" (96,30%), es decir, población que no se autorreconoce como perteneciente a una etnia específica. Solo se identificó 1 persona indígena (3,70%), mientras que no se registraron participantes afrodescendientes ni de la comunidad ROOM.

ENFOQUE DIFERENCIAL VICTIMAS

ENFOQUE DIFERENCIAL VICTIMA	CANTIDAD	ENFOQUE DIFERENCIAL VICTIMA	PORCENTAJE
DESPLAZADO	2	DESPLAZADO	7,41%
DESMOVILIZADO	0	DESMOVILIZADO	0%
MIGRANTE	14	MIGRANTE	52%
OTROS	0	OTROS	0,00%
NO	11	NO	40,74%
TOTAL	27	TOTAL	100%



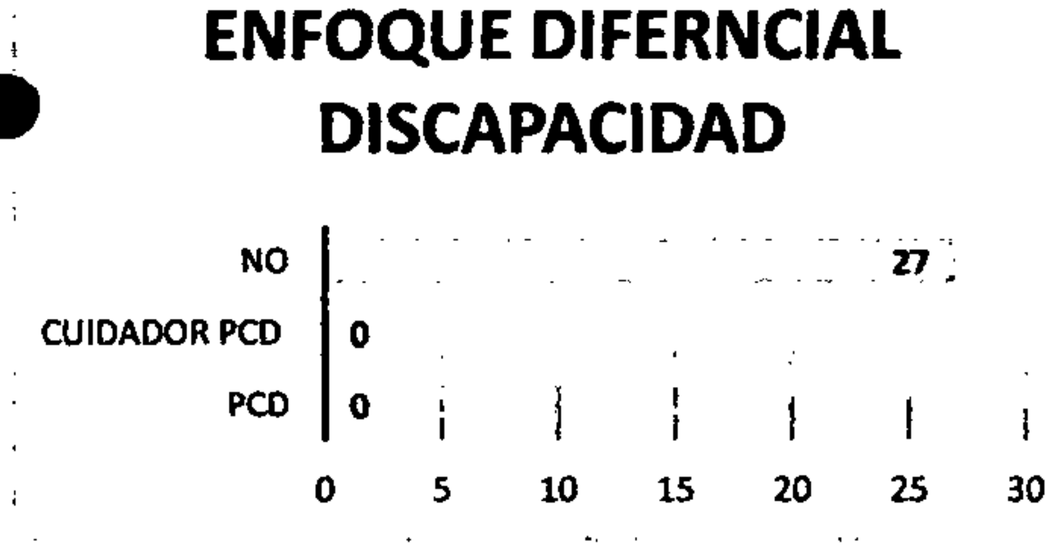


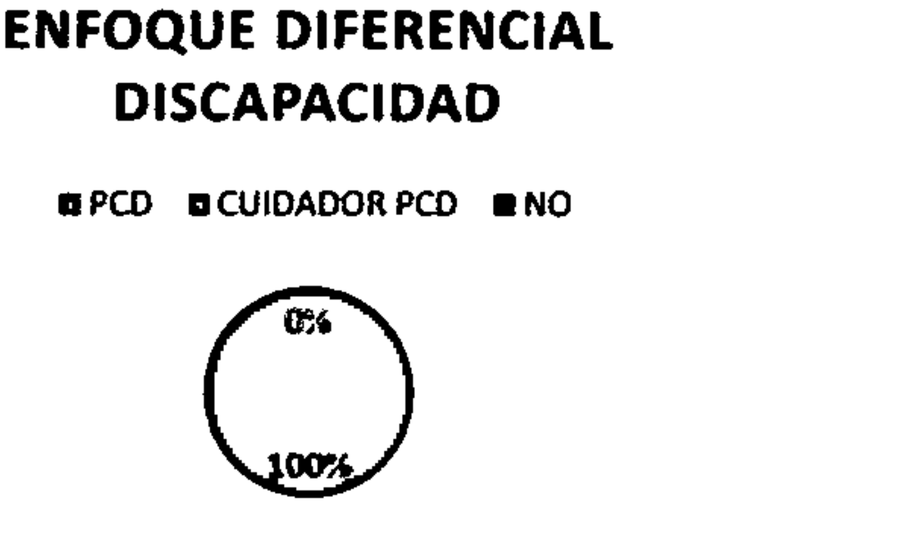
Análisis Cualitativo: De las 27 personas registradas, la mayoría corresponde a población migrante (52 %), seguida por quienes no se reconocen como víctimas (40,74 %) y un pequeño grupo en condición de desplazamiento (7,41 %). No se reportaron personas desmovilizadas ni en la categoría "otros". Cabe resaltar que, durante la actividad, se evidenció que varias de las mujeres migrantes no contaban con cédula de

extranjería ni con permiso especial de permanencia, situación que limita su acceso oportuno a los servicios de salud.

ENFOQUE DIFERENCIAL DISCAPACIDAD

ENFOQUE DIFERENCIAL DISCAPACIDAD	CANTIDAD	ENFOQUE DIFERENCIAL DISCAPACIDAD	PORCENTAJE
PCD	0	PCD	0%
CUIDADOR PCD	0	CUIDADOR PCD	0%
NO	27	NO	100%
TOTAL	27	TOTAL	100%

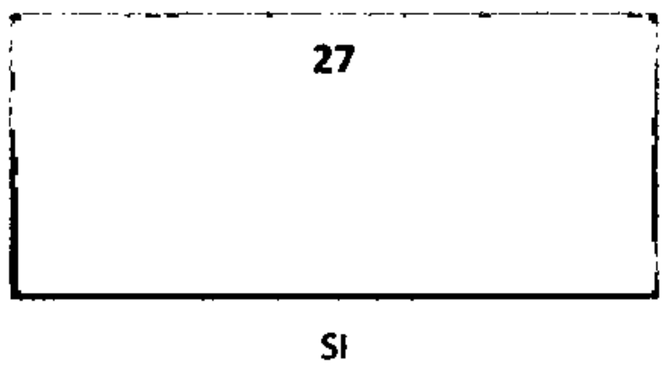




Análisis Cualitativo: De las **27 personas registradas en la lista de asistencia**, ninguna manifestó tener condición de discapacidad ni ser cuidadora de persona con discapacidad (**0%**). El **100%** restante corresponde a personas sin esta condición.

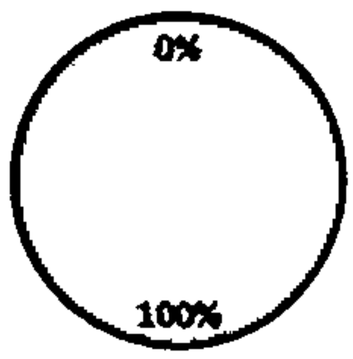
ENFOQUE DIFERENCIAL CABEZA DE FAMILIA

ENFOQUE DIFERENCIAL CABEZA DE FAMILIA	CANTIDAD	ENFOQUE DIFERENCIAL CABEZA DE FAMILIA	PORCENTAJE
SI	27	SI	100%
NO	0	NO	0%
TOTAL	27	TOTAL	100%



ENFOQUE DIFERENCIAL
CABEZA DE FAMILIA

■ si ■ no



Análisis cualitativo: Las **27 personas registradas en la lista de asistencia** se identificaron como **cabezas de familia (100%),** sin ningún caso reportado en la categoría "No"

RESULTADOS LOGRADOS

- Realización efectiva de 25 pruebas rápidas de tamizaje para VIH a mujeres trabajadoras sexuales previamente priorizadas, garantizando el cumplimiento de los estándares de bioseguridad, confidencialidad y atención ética. Este logro evidencia el cumplimiento técnico del objetivo establecido en el Plan de Acción del PIC para el segundo trimestre.
- El 100 % de los resultados fueron no reactivos, lo cual, si bien resulta alentador, no debe generar una confianza excesiva debido al período de ventana inmunológica. Este aspecto resalta la importancia de mantener de manera continua las acciones educativas y de tamizaje periódico.
- Suministro de información en salud, que permitió sensibilizar a las participantes sobre la transmisión, la prevención y el autocuidado frente al VIH y las ITS. Esta acción fortaleció la relación entre el conocimiento, la percepción del riesgo y la toma de decisiones responsables.
- Aplicación del enfoque diferencial, que permitió recopilar información sobre género, edad, etnia, condición de víctima, discapacidad, afiliación al sistema de salud y rol como cabeza de hogar. Este análisis contribuirá a retroalimentar la planeación de futuras estrategias con información contextualizada y precisa.
- Movilización exitosa desde cuatro establecimientos de lenocinio (El Trébol, Residencia Antioquia, La Sexta y Boliche), lo que refleja una relación fluida con actores locales y una adecuada convocatoria de las mujeres trabajadoras sexuales del sector.

IMPACTO ALCANZADO

- Fortalecimiento del autocuidado y de la cultura de prevención en salud sexual en una población con alta exposición al riesgo, limitada cobertura en salud y frecuente invisibilización institucional. La sensibilización generó un espacio de confianza para que las participantes reconocieran su rol como sujetas de derecho.
- Visibilización de barreras estructurales, como el hecho de que el 36% no está afiliada a ninguna EPS.
- Aplicación práctica del enfoque diferencial permitió que las mujeres no solo accedieran a un servicio de salud, sino que lo hicieran en condiciones de respeto, privacidad y sin juicios, reforzando la confianza hacia las instituciones públicas y la capacidad del PIC de llegar a los territorios.
- Consolidación de la estrategia "Hazte la Prueba" como una acción efectiva de salud pública en terreno, permitiendo no solo detectar casos tempranos, sino también generar rutas de educación, seguimiento y empoderamiento desde la comunidad.

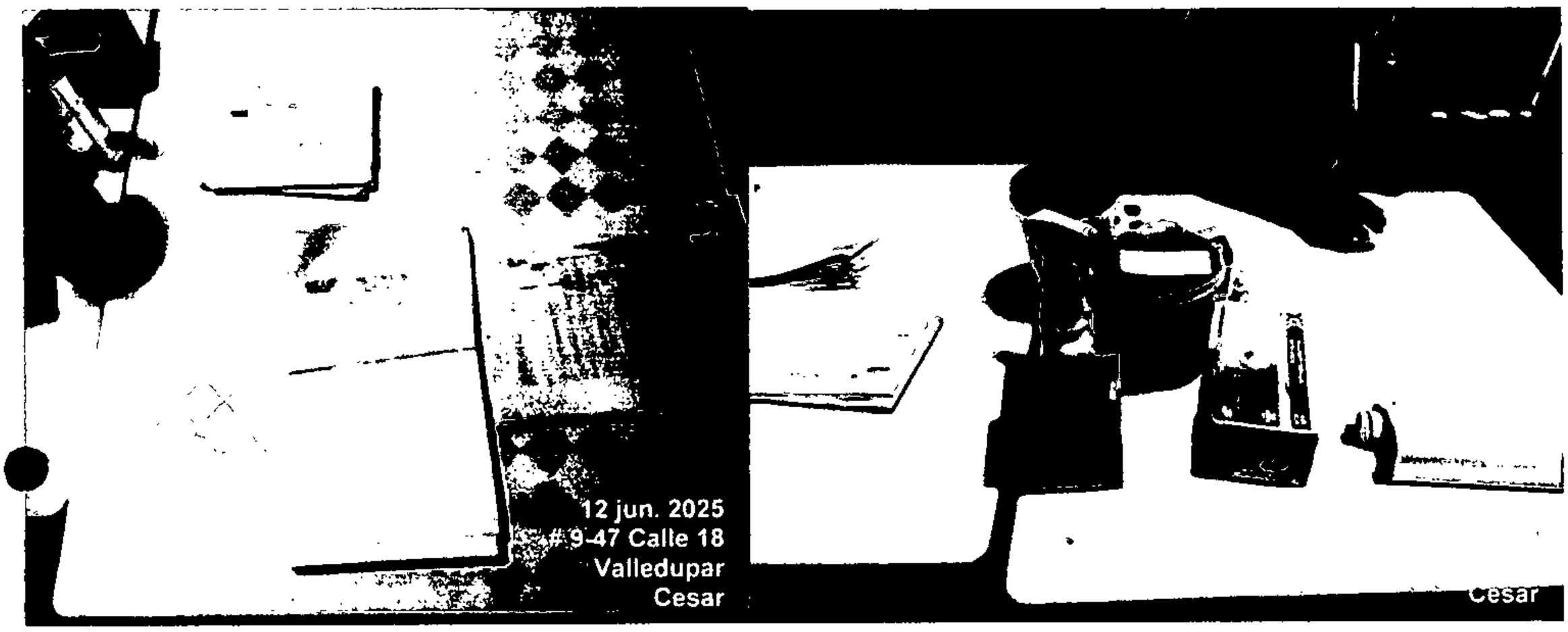
CONCLUSIONES

- La actividad logró los objetivos propuestos en el plan de acción del segundo trimestre, tanto en número de pruebas aplicadas como en calidad de atención, bajo una logística ajustada a las condiciones del contexto.
- La focalización de la actividad, dirigida a trabajadoras sexuales adultas, permitió una intervención con alta pertinencia, aplicando todos los enfoques diferenciales (género, edad, víctimas, discapacidad, étnico, embarazo y cabeza de familia) con precisión y profundidad.
- La información en salud , logró promover mensajes clave de autocuidado y prevención, posicionando el espacio no solo como una actividad de tamizaje, sino como un punto de encuentro con la salud digna, cercana y respetuosa.
- La caracterización realizada ofrece datos útiles para la toma de decisiones, la elaboración de informes y la reorientación de la estrategia en el territorio, permitiendo priorizar acciones hacia población sin afiliación, en condiciones de migración o exclusión.
- Notificación a la coordinadora del Área de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos de la sectorial sobre las trabajadoras sexuales que no se encuentran afiliadas a alguna EAPB, con el propósito de adelantar las gestiones necesarias para su vinculación al sistema de aseguramiento en salud.

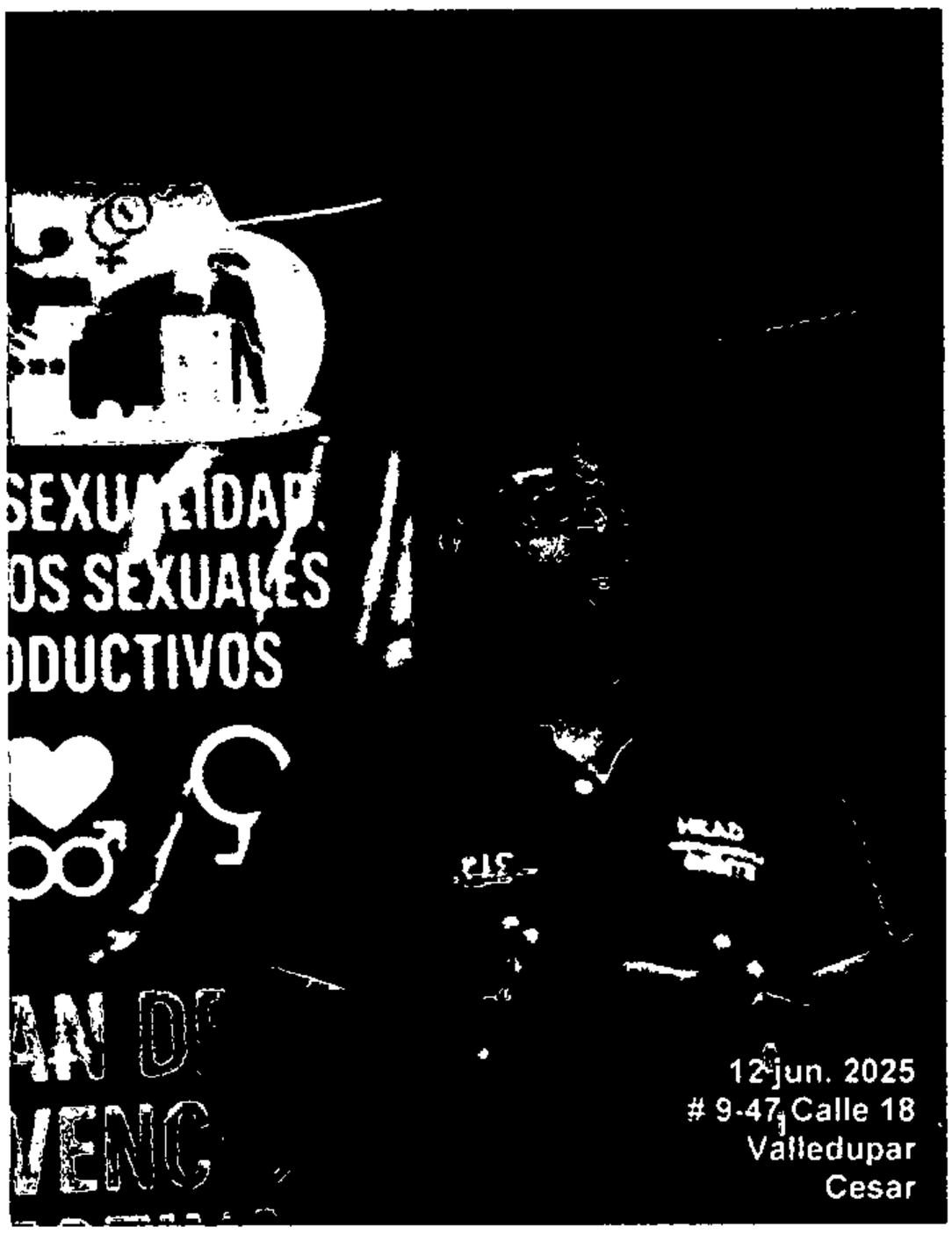
ANEXOS

REGISTRO FOTOGRAFICO

Ambientación



Explicación Que Es El PIC Y El Contrato Que Estableció La Secretaria Local De Salud Con La ESE- HEAD Para Su Ejecución.



Documento debidamente legalizado en los archivos
de la ofc. De Calidad – HEAD.

. Pre Asesoría Y Diligenciamiento del Consentimiento informado



Toma De Prueba de Tamizaje Rápido Para VIH



Pos Asesoría – Información En Salud



Publicación En Redes Sociales

https://www.instagram.com/p/DLGPZfDx-wZ/



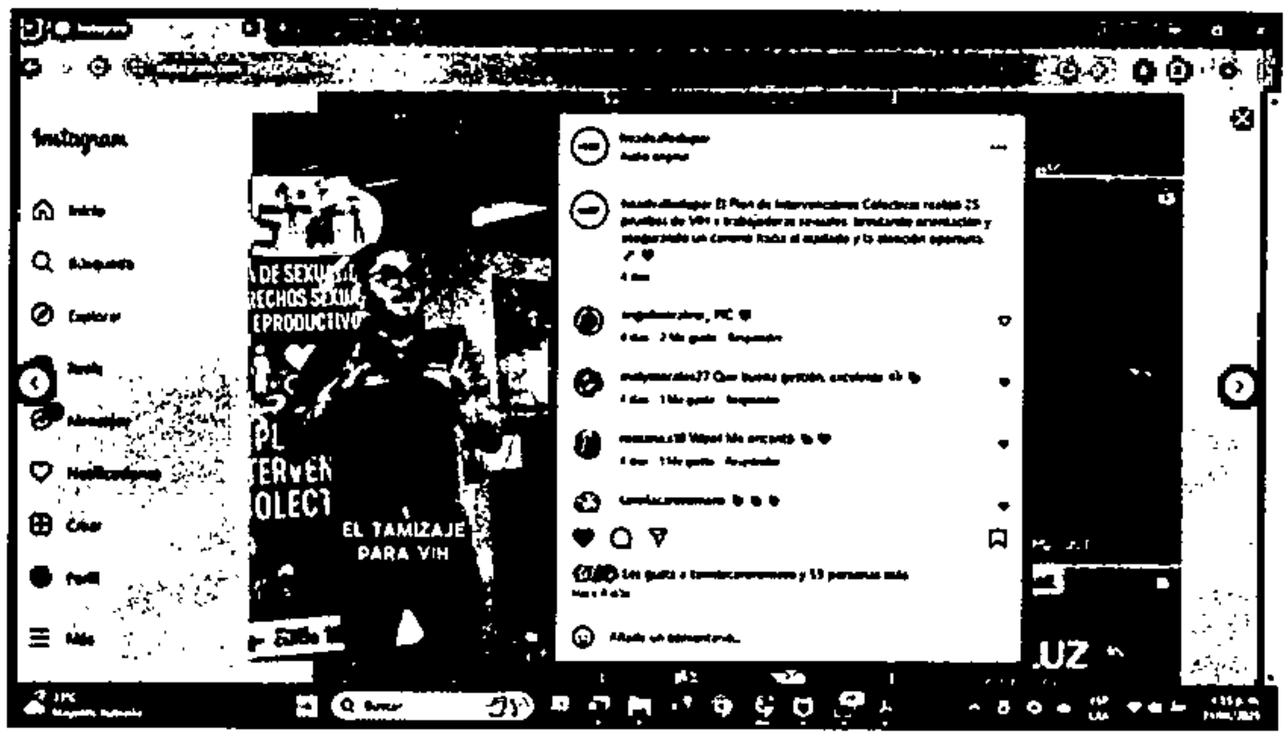
E-mail: gerencia@headese.gov.co - ventanillaunica@headese.gov.co

Pos Asesoría – Información En Salud



Publicación En Redes Sociales

https://www.instagram.com/p/DLGPZfDx-wZ/



BELKIS CORDOBA QUINTERO
COORDINADORA PIC 202

E-mail: gerencia@headese.gov.co - ventanillaunica@headese.gov.co