Versión_ 01_ 2023

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

FORM 2.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Caldas
1.2. Municipio: Aguadas
1.3. Localidad/comuna: No Aplica
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Fundadores
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Auditorio
1.6. Lugar de la actividad: Auditorio.
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Ese Hospital san jose de aguadas

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Caldas
2.2. Municipio: Aguadas.
2.3. Localidad/comuna: No Aplica
2.4. Barrio: Chaguala Cra 8 # 5-24

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ⊗ CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 75050894

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Gustavo	adolfo	Valencia	Lopez

SERVICIO

3.4. Caracterización persona atendida

○ HSH ○ TRANS ○ PID ○ TS ○ HC ○ LESB ○ PPL ○ ITS ○ INMIGRANTE* ○ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
○ SPA ○ GESTANTE | Fecha de la última menstruación: AAAA MM DD | ● POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ● Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1980 | 11 | 19
3.6.1 Edad en años cumplidos: 44

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

3.8. Régimen: ● Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Nueva eps

3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otras ITS
○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) ● No presenta síntomas

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

○ Pareja de una PVV ● Asistió a jornada educativa ○ Servicio de salud IPS/ESE ○ Amigo/a ○ Líder/Lideresa sociedad civil
○ Motivación propia ○ Autotest Positivo ○ Autotest Negativo ○ Interés en PrEP ○ Redes Sociales/Casuales ○ www.tecuidamos.com.co

5. No. Condones

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH)

Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ● NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

Tipo de financiamiento ○ UPC ○ Fondo Mundial ● Recursos Locales PIC ○ Otros Cooperantes ○ Fondo Nacional de Estupefacientes ○ Recursos propios del usuario ○ Otro ¿Cuál?

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_ 01_ 2023

1.1. Fecha: 2025 | 06 | 24
1.2. Entidad que realiza la actividad ○ SS ○ OBC ● IPS/ESE ○ ONG ○ Otra
1.3. Nombre de la institución/organización: ESE Hospital san Jose
1.4. Departamento: Caldas
1.5. Municipio: Aguadas
1.6. Localidad/comuna: No aplica
1.7. Barrio: Fundadores.

2. Datos de quién firma el consentimiento informado

2.1. Tipo de documento ○ RC ○ TI ⊗ CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
2.2. Número de identificación: 75050894
2.3. Nombres y apellidos: Gustavo adolfo Valencia
2.4. Régimen: Contributivo
2.5. Aseguradora: Nueva eps

3. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 06 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
⊗ VIH	○ Reactivo ⊗ No reactivo	⊗ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos	Onsite HIV 1/2 AB plus	FU2013E03	2026 | 06 | 01
○ Sífilis	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos			AAAA MM DD
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Antígenos			AAAA MM DD
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos			AAAA MM DD

4. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: AAAA | MM | DD

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

5. Se toman muestras para pruebas complementarias: ○ SI ● NO Cuáles: ○ Sífilis ○ Hepatitis B ○ Hepatitis C

6. Datos de quien realiza la prueba | Nombre: Carlos Andres Valencia | Firma | Cédula de ciudadanía: 1055831336

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

Versión_01_2023

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

FORM 2.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Caldas
1.2. Municipio: Aguadas
1.3. Localidad/comuna: No aplica
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Fundadores.
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Auditorio
1.6. Lugar de la actividad: Auditorio
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: ESE Hospital san José de aguadas

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Caldas
2.2. Municipio: Aguadas.
2.3. Localidad/comuna: No Aplica
2.4. Barrio: Centro Calle 9.

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ◯ RC ◯ TI ⊗ CC ◯ PA ◯ CE ◯ SD ◯ DNI ◯ PEP ◯ PPT
3.2. Número de identificación: 10273140.

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Jose	Israel	Palacio	Tecdo.

SERVICIO

3.4. Caracterización persona atendida

◯ HSH ◯ TRANS ◯ PID ◯ TS ◯ HC ◯ LESB ◯ PPL ◯ ITS ◯ INMIGRANTE* ◯ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO

◯ SPA ◯ GESTANTE | Fecha de la última menstruación: AAAA MM DD | ● POB. GENERAL ◯ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ● Hombre ◯ Mujer ◯ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1965 | 10 | 07
3.6.1 Edad en años cumplidos: 58

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ● SI ◯ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ● SI ◯ NO ◯ NO SABE

3.8. Régimen: ● Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Fondo de atención en salud para PPL ◯ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Sura.

3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ◯ Tos ◯ Fiebre ◯ Sudoración nocturna ◯ Pérdida de peso ◯ Otras ITS ◯ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) ● No presenta síntomas

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

◯ Pareja de una PVV ● Asistió a jornada educativa ◯ Servicio de salud IPS/ESE ◯ Amigo/a ◯ Líder/Lideresa sociedad civil ◯ Motivación propia ◯ Autotest Positivo ◯ Autotest Negativo ◯ Interés en PrEP ◯ Redes Sociales/Casuales ◯ www.tecuidamos.com.co

5. No. Condones

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH)

Realiza encuesta de valoración de riesgo ◯ SI ● NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

Tipo de financiamiento ◯ UPC ◯ Fondo Mundial ● Recursos Locales PIC ◯ Otros Cooperantes ◯ Fondo Nacional de Estupefacientes ◯ Recursos propios del usuario ◯ Otro ¿Cuál?

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_01_2023

1.1. Fecha: 2025 | 06 | 20
1.2. Entidad que realiza la actividad ◯ SS ◯ OBC ● IPS/ESE ◯ ONG ◯ Otra
1.3. Nombre de la institución/organización: ESE Hospital San Jose.
1.4. Departamento: Caldas
1.5. Municipio: Aguadas
1.6. Localidad/comuna: No aplica
1.7. Barrio: Fundadores

2. Datos de quién firma el consentimiento informado

2.1. Tipo de documento ◯ RC ◯ TI ⊗ CC ◯ PA ◯ CE ◯ SD ◯ DNI ◯ PEP ◯ PPT
2.2. Número de identificación: 10273140.
2.3. Nombres y apellidos: Jose Israel Palacio
2.4. Régimen: Contributivo
2.5. Aseguradora: Sura.

3. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 06 | 20

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
⊗ VIH	◯ Reactivo ⊗ No reactivo	⊗ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos	ONSITE HIV 1/2AB plus	F1120V3E03	2026 | 12 | 01
◯ Sífilis	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos			AAAA | MM | DD
◯ Hepatitis B	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Antígenos			AAAA | MM | DD
◯ Hepatitis C	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos			AAAA | MM | DD

4. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: AAAA | MM | DD

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

5. Se toman muestras para pruebas complementarias: ◯ SI ● NO Cuáles: ◯ Sífilis ◯ Hepatitis B ◯ Hepatitis C

6. Datos de quien realiza la prueba | Nombre: Carlos Andres Valencia | Firma | Cédula de ciudadanía: 1055831336

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

Versión_01_2023

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

FORM 2.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Caldas
1.2. Municipio: Aguadas.
1.3. Localidad/comuna: No aplica
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Fundadores.
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Auditorio
1.6. Lugar de la actividad: Auditorio.
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: ESE Hospital San Jose de Aguadas.

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Caldas
2.2. Municipio: Aguadas.
2.3. Localidad/comuna: No Aplica
2.4. Barrio: Cra 5 # 10-33

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ◯ RC ◯ TI ⊗ CC ◯ PA ◯ CE ◯ SD ◯ DNI ◯ PEP ◯ PPT
3.2. Número de identificación: 75051532

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Reinaldo		Londoño	Orrego

SERVICIO

3.4. Caracterización persona atendida

◯ HSH ◯ TRANS ◯ PID ◯ TS ◯ HC ◯ LESB ◯ PPL ◯ ITS ◯ INMIGRANTE* ◯ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
◯ SPA ◯ GESTANTE | Fecha de la última menstruación: A A A A | M M | D D | ● POB. GENERAL ◯ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ● Hombre ◯ Mujer ◯ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1983 | 02 | 11
3.6.1 Edad en años cumplidos: 42.
3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ● SI ◯ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ● SI ◯ NO ◯ NO SABE
3.8. Régimen ● Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Fondo de atención en salud para PPL ◯ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Nueva EPS.
3.9. Presenta alguno de estos síntomas ◯ Tos ◯ Fiebre ◯ Sudoración nocturna ◯ Pérdida de peso ◯ Otras ITS ◯ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) ● No presenta síntomas

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

◯ Pareja de una PVV ● Asistió a jornada educativa ◯ Servicio de salud IPS/ESE ◯ Amigo/a ◯ Líder/Lideresa sociedad civil ◯ Motivación propia ◯ Autotest Positivo ◯ Autotest Negativo ◯ Interés en PrEP ◯ Redes Sociales/Casuales ◯ www.tecuidamos.com.co

5. No. Condones

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH)

Realiza encuesta de valoración de riesgo ◯ SI ● NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

Tipo de financiamiento ◯ UPC ◯ Fondo Mundial ● Recursos Locales PIC ◯ Otros Cooperantes ◯ Fondo Nacional de Estupefacientes ◯ Recursos propios del usuario ◯ Otro ¿Cuál?

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_01_2023

1.1. Fecha: 2025 | 06 | 26
1.2. Entidad que realiza la actividad ◯ SS ◯ OBC ● IPS/ESE ◯ ONG ◯ Otra
1.3. Nombre de la institución/organización: ESE Hospital San Jose.
1.4. Departamento: Caldas
1.5. Municipio: Aguadas
1.6. Localidad/comuna: No aplica
1.7. Barrio: Fundadores

2. Datos de quién firma el consentimiento informado

2.1. Tipo de documento ◯ RC ◯ TI ⊗ CC ◯ PA ◯ CE ◯ SD ◯ DNI ◯ PEP ◯ PPT
2.2. Número de identificación: 75051532
2.3. Nombres y apellidos: Reinaldo Londoño Orrego
2.4. Régimen: Contributivo
2.5. Aseguradora: Nueva EPS

3. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 06 | 26

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
⊗ VIH	◯ Reactivo ⊗ No reactivo	⊗ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos	Onsite HIV 1/2 AB plus	F1120V3E03	2026 | 12 | 01
◯ Sífilis	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos			A A A A | M M | D D
◯ Hepatitis B	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Antígenos			A A A A | M M | D D
◯ Hepatitis C	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos			A A A A | M M | D D

4. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: A A A A | M M | D D

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

5. Se toman muestras para pruebas complementarias: ◯ SI ● NO Cuáles: ◯ Sífilis ◯ Hepatitis B ◯ Hepatitis C

6. Datos de quien realiza la prueba | Nombre: Carlos Andres Valencia | Firma | Cédula de ciudadanía: 1055831336.

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

Versión_01_2023

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

FORM 2.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Caldas
1.2. Municipio: Aguadas
1.3. Localidad/comuna: No aplica
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Fundadores
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Auditorio
1.6. Lugar de la actividad: Auditorio
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: ESE Hospital San José de aguadas.

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Caldas
2.2. Municipio: Aguadas
2.3. Localidad/comuna: No Aplica
2.4. Barrio: Calle 11 # 7-10

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ⊗ CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 75051889

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Carlos	Mario	Giraldo	Hoyos

SERVICIO

3.4. Caracterización persona atendida

○ HSH ○ TRANS ○ PID ○ TS ○ HC ○ LESB ○ PPL ○ ITS ○ INMIGRANTE* ○ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
○ SPA ○ GESTANTE | Fecha de la última menstruación: A A A A | M M | D D | ● POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ● Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1984 | 04 | 20
3.6.1 Edad en años cumplidos: 41
3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ● SI ○ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ● SI ○ NO ○ NO SABE
3.8. Régimen ● Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Nueva eps.
3.9. Presenta alguno de estos síntomas ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otras ITS
○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) ● No presenta síntomas

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

○ Pareja de una PVV ● Asistió a jornada educativa ○ Servicio de salud IPS/ESE ○ Amigo/a ○ Líder/Lideresa sociedad civil
○ Motivación propia ○ Autotest Positivo ○ Autotest Negativo ○ Interés en PrEP ○ Redes Sociales/Casuales ○ www.tecuidamos.com.co

5. No. Condones

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH)

Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ● NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

Tipo de financiamiento ○ UPC ○ Fondo Mundial ● Recursos Locales PIC ○ Otros Cooperantes ○ Fondo Nacional de Estupefacientes ○ Recursos propios del usuario ○ Otro ¿Cuál?

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_01_2023

1.1. Fecha: 2025 | 06 | 20
1.2. Entidad que realiza la actividad ○ SS ○ OBC ● IPS/ESE ○ ONG ○ Otra
1.3. Nombre de la institución/organización: ESE Hospital San José.
1.4. Departamento: Caldas
1.5. Municipio: Aguadas
1.6. Localidad/comuna: No aplica
1.7. Barrio: Fundadores

2. Datos de quién firma el consentimiento informado

2.1. Tipo de documento ○ RC ○ TI ⊗ CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
2.2. Número de identificación: 75051889
2.3. Nombres y apellidos: Carlos Mario Giraldo Hoyos
2.4. Régimen: Contributivo
2.5. Aseguradora: Nueva eps

3. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 06 | 20

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
⊗ VIH	○ Reactivo ⊗ No reactivo	⊗ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos	ONSITE HIV 1/2 AB plus	F1120U3E03	2026 | 02 | 01
○ Sífilis	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos			A A A A | M M | D D
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Antígenos			A A A A | M M | D D
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos			A A A A | M M | D D

4. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: A A A A | M M | D D

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

5. Se toman muestras para pruebas complementarias: ○ SI ● NO Cuáles: ○ Sífilis ○ Hepatitis B ○ Hepatitis C

6. Datos de quien realiza la prueba | Nombre: Carlos Andres Valencia | Firma | Cédula de ciudadanía: 1055831336

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

5.

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_ 01_ 2023

FORM 2

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

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Caldas
1.2. Municipio: Aguadas
1.3. Localidad/comuna: No aplica
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Fundadores.
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Auditorio.
1.6. Lugar de la actividad: Auditorio.
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Ese Hospital san jose de aguadas

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Caldas
2.2. Municipio: Aguadas
2.3. Localidad/comuna: No Aplica
2.4. Barrio: Vereda Guaco - Sector la escuela

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ⊗ CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1055831026

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Jaime	Andres	Diaz	Isaza.

SERVICIO

3.4. Caracterización persona atendida

○ HSH ○ TRANS ○ PID ○ TS ○ HC ○ LESB ○ PPL ○ ITS ○ INMIGRANTE* ○ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO

○ SPA ○ GESTANTE | Fecha de la última menstruación: AAAA MM DD | ● POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ● Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 2005 | 04 | 20
3.6.1 Edad en años cumplidos: 20.
3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ● SI ○ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ● SI ○ NO ○ NO SABE
3.8. Régimen: ● Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Suia.
3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otras ITS
○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) ● No presenta síntomas

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

○ Pareja de una PVV ● Asistió a jornada educativa ○ Servicio de salud IPS/ESE ○ Amigo/a ○ Líder/Lideresa sociedad civil
○ Motivación propia ○ Autotest Positivo ○ Autotest Negativo ○ Interés en PrEP ○ Redes Sociales/Casuales ○ www.tecuidamos.com.co

5. No. Condones

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH)
Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ● NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

Tipo de financiamiento ○ UPC ○ Fondo Mundial ● Recursos Locales PIC ○ Otros Cooperantes ○ Fondo Nacional de Estupefacientes ○ Recursos propios del usuario ○ Otro ¿Cuál?

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_ 01_ 2023

1.1. Fecha: 2025 | 06 | 20
1.2. Entidad que realiza la actividad: ○ SS ○ OBC ● IPS/ESE ○ ONG ○ Otra
1.3. Nombre de la institución/organización: Ese Hospital san jose
1.4. Departamento: Caldas
1.5. Municipio: Aguadas
1.6. Localidad/comuna: No aplica
1.7. Barrio: Fundadores

2. Datos de quién firma el consentimiento informado

2.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ⊗ CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
2.2. Número de identificación: 1055831026
2.3. Nombres y apellidos: Jaime Andres Diaz Isaza
2.4. Régimen: Contributivo
2.5. Aseguradora: SUIA

3. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 06 | 20

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
⊗ VIH	○ Reactivo ⊗ No reactivo	⊗ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos	Orotte Hiv 1/2 AB plus	F1120V3003	2026 | 12 | 01
○ Sífilis	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos			AAAA MM DD
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Antígenos			AAAA MM DD
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos			AAAA MM DD

4. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: AAAA | MM | DD

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

5. Se toman muestras para pruebas complementarias: ○ SI ● NO Cuáles: ○ Sífilis ○ Hepatitis B ○ Hepatitis C

6. Datos de quien realiza la prueba | Nombre: Carlos Andres Valencia | Firma | Cédula de ciudadanía: 1055831336

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

Versión_ 01_ 2023

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

FORM 2

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Caldas
1.2. Municipio: Aguadas
1.3. Localidad/comuna: No aplica.
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Fundadores.
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Auditorio
1.6. Lugar de la actividad: Auditorio
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Ese Hospital san Jose de aguadas.

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Caldas
2.2. Municipio: Aguadas.
2.3. Localidad/comuna: No Aplica
2.4. Barrio: Corozo Calle 8 # 8-26

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ◯ RC ◯ TI ⊗ CC ◯ PA ◯ CE ◯ SD ◯ DNI ◯ PEP ◯ PPT
3.2. Número de identificación: 1002642337.

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Jaime	Andres	Castro	Candamil

SERVICIO

3.4. Caracterización persona atendida

◯ HSH ◯ TRANS ◯ PID ◯ TS ◯ HC ◯ LESB ◯ PPL ◯ ITS ◯ INMIGRANTE* ◯ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
◯ SPA ◯ GESTANTE | Fecha de la última menstruación: AAAA | MM | DD | ● POB. GENERAL ◯ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ● Hombre ◯ Mujer ◯ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 2001 | MM | 29
3.6.1 Edad en años cumplidos: 23
3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ● SI ◯ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ● SI ◯ NO ◯ NO SABE
3.8. Régimen ● Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Fondo de atención en salud para PPL ◯ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Nueva eps
3.9. Presenta alguno de estos síntomas ◯ Tos ◯ Fiebre ◯ Sudoración nocturna ◯ Pérdida de peso ◯ Otras ITS
◯ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) ● No presenta síntomas

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

◯ Pareja de una PVV ● Asistió a jornada educativa ◯ Servicio de salud IPS/ESE ◯ Amigo/a ◯ Líder/Lideresa sociedad civil
◯ Motivación propia ◯ Autotest Positivo ◯ Autotest Negativo ◯ Interés en PrEP ◯ Redes Sociales/Casuales ◯ www.tecuidamos.com.co

5. No. Condones

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH)

Realiza encuesta de valoración de riesgo ◯ SI ● NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

Tipo de financiamiento ◯ UPC ◯ Fondo Mundial ● Recursos Locales PIC ◯ Otros Cooperantes ◯ Fondo Nacional de Estupefacientes ◯ Recursos propios del usuario ◯ Otro ¿Cuál?

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_ 01_ 2023

1.1. Fecha: 2023 | 06 | 29
1.2. Entidad que realiza la actividad ◯ SS ◯ OBC ● IPS/ESE ◯ ONG ◯ Otra
1.3. Nombre de la institución/organización: Ese Hospital san Jose
1.4. Departamento: Caldas
1.5. Municipio: Aguadas
1.6. Localidad/comuna: No aplica
1.7. Barrio: Fundadores.

2. Datos de quién firma el consentimiento informado

2.1. Tipo de documento ◯ RC ◯ TI ⊗ CC ◯ PA ◯ CE ◯ SD ◯ DNI ◯ PEP ◯ PPT 2.2. Número de identificación: 1002642337
2.3. Nombres y apellidos: Jaime Andres Castro candamil | 2.4. Régimen: Contributivo | 2.5. Aseguradora: Nueva eps

3. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2023 | 06 | 29

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
⊗ VIH	◯ Reactivo ⊗ No reactivo	⊗ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos	onsite HIV 1/2 AB plus	F1120V3E03	2026 | 12 | 04
◯ Sífilis	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos			AAAA | MM | DD
◯ Hepatitis B	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Antígenos			AAAA | MM | DD
◯ Hepatitis C	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos			AAAA | MM | DD

4. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: AAAA | MM | DD

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

5. Se toman muestras para pruebas complementarias: ◯ SI ● NO Cuáles: ◯ Sífilis ◯ Hepatitis B ◯ Hepatitis C

6. Datos de quien realiza la prueba | Nombre: Carlos Andres Valencia | Firma | Cédula de ciudadanía: 1055B31336

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

Versión_01_2023

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

FORM 2.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Caldas
1.2. Municipio: Aguadas
1.3. Localidad/comuna: No aplica
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Fundadores
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Auditorio
1.6. Lugar de la actividad: Auditorio
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Ese Hospital san jose de aguadas.

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Caldas
2.2. Municipio: Aguadas
2.3. Localidad/comuna: No Aplica
2.4. Barrio: Cra 3 # 13-16

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ⊗ CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1053813577

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Daniel	Fernando	Valencia	Cardenas

SERVICIO

3.4. Caracterización persona atendida

○ HSH ○ TRANS ○ PID ○ TS ○ HC ○ LESB ○ PPL ○ ITS ○ INMIGRANTE* ○ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
○ SPA ○ GESTANTE | Fecha de la última menstruación: AAAA MM DD | ● POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ● Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1991 | 10 | 04
3.6.1 Edad en años cumplidos: 33
3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ● SI ○ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ● SI ○ NO ○ NO SABE
3.8. Régimen: ● Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Nueva eps.
3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otras ITS ○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) ● No presenta síntomas

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

○ Pareja de una PVV ● Asistió a jornada educativa ○ Servicio de salud IPS/ESE ○ Amigo/a ○ Líder/Lideresa sociedad civil
○ Motivación propia ○ Autotest Positivo ○ Autotest Negativo ○ Interés en PrEP ○ Redes Sociales/Casuales ○ www.tecuidamos.com.co

5. No. Condones

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH)

Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ● NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

Tipo de financiamiento ○ UPC ○ Fondo Mundial ● Recursos Locales PIC ○ Otros Cooperantes ○ Fondo Nacional de Estupefacientes ○ Recursos propios del usuario ○ Otro ¿Cuál?

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_01_2023

1.1. Fecha: 2025 | 06 | 21
1.2. Entidad que realiza la actividad ○ SS ○ OBC ● IPS/ESE ○ ONG ○ Otra
1.3. Nombre de la institución/organización: Ese Hospital san jose.
1.4. Departamento: Caldas
1.5. Municipio: Aguadas
1.6. Localidad/comuna: No aplica
1.7. Barrio: Fundadores.

2. Datos de quién firma el consentimiento informado

2.1. Tipo de documento ○ RC ○ TI ⊗ CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT 2.2. Número de identificación: 1053813577
2.3. Nombres y apellidos: Daniel Fernando Valencia. | 2.4. Régimen: contributivo | 2.5. Aseguradora: Nueva eps.

3. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 06 | 21

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
⊗ VIH	○ Reactivo ⊗ No reactivo	⊗ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos	Onsite Hiv 1/2 Ab plus	F112OV3E03	2026 | 12 | 01 (AAAA MM DD)
○ Sífilis	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos			AAAA MM DD
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Antígenos			AAAA MM DD
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos			AAAA MM DD

4. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: AAAA | MM | DD

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

5. Se toman muestras para pruebas complementarias: ○ SI ● NO Cuáles: ○ Sífilis ○ Hepatitis B ○ Hepatitis C

6. Datos de quien realiza la prueba | Nombre: Carlos Andres Valencia | Firma | Cédula de ciudadanía: 1055831336

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

8.

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_01_2023

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

FORM 2.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Caldas
1.2. Municipio: Aguadas
1.3. Localidad/comuna: No aplica
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Fundadores
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Auditorio
1.6. Lugar de la actividad: Auditorio
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: ESE Hospital San Jose de aguadas

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Caldas
2.2. Municipio: Aguadas
2.3. Localidad/comuna: No Aplica
2.4. Barrio: Marino Gomez Cra 4 Con calle 11

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ◯ RC ◯ TI ⊗ CC ◯ PA ◯ CE ◯ SD ◯ DNI ◯ PEP ◯ PPT
3.2. Número de identificación: 75046067

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Jorge	Ivan	Montoya	

SERVICIO

3.4. Caracterización persona atendida

◯ HSH ◯ TRANS ◯ PID ◯ TS ◯ HC ◯ LESB ◯ PPL ◯ ITS ◯ INMIGRANTE* ◯ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
◯ SPA ◯ GESTANTE | Fecha de la última menstruación: AAAA MM DD | ● POB. GENERAL ◯ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ● Hombre ◯ Mujer ◯ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1965 08 20
3.6.1 Edad en años cumplidos: 59
3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ● SI ◯ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ● SI ◯ NO ◯ NO SABE
3.8. Régimen ● Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Fondo de atención en salud para PPL ◯ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Nueva eps.
3.9. Presenta alguno de estos síntomas ◯ Tos ◯ Fiebre ◯ Sudoración nocturna ◯ Pérdida de peso ◯ Otras ITS
◯ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) ● No presenta síntomas

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

◯ Pareja de una PVV ● Asistió a jornada educativa ◯ Servicio de salud IPS/ESE ◯ Amigo/a ◯ Líder/Lideresa sociedad civil
◯ Motivación propia ◯ Autotest Positivo ◯ Autotest Negativo ◯ Interés en PrEP ◯ Redes Sociales/Casuales ◯ www.tecuidamos.com.co

5. No. Condones

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH)

Realiza encuesta de valoración de riesgo ◯ SI ● NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

Tipo de financiamiento ◯ UPC ◯ Fondo Mundial ● Recursos Locales PIC ◯ Otros Cooperantes ◯ Fondo Nacional de Estupefacientes ◯ Recursos propios del usuario ◯ Otro ¿Cuál?

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_01_2023

1.1. Fecha: 2025 06 26
1.2. Entidad que realiza la actividad ◯ SS ◯ OBC ● IPS/ESE ◯ ONG ◯ Otra
1.3. Nombre de la institución/organización: ESE Hospital San Jose
1.4. Departamento: Caldas
1.5. Municipio: Aguadas
1.6. Localidad/comuna: No aplica
1.7. Barrio: Fundadores

2. Datos de quién firma el consentimiento informado

2.1. Tipo de documento ◯ RC ◯ TI ⊗ CC ◯ PA ◯ CE ◯ SD ◯ DNI ◯ PEP ◯ PPT
2.2. Número de identificación: 75046067
2.3. Nombres y apellidos: Jorge Ivan Montoya
2.4. Régimen: Contributivo
2.5. Aseguradora: Nueva EPS

3. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 06 26

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
⊗ VIH	◯ Reactivo ⊗ No reactivo	⊗ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos	Onsite HIV AB 1/2 plus	F1120V3F03	2026 12 01
◯ Sífilis	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos			AAAA MM DD
◯ Hepatitis B	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Antígenos			AAAA MM DD
◯ Hepatitis C	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos			AAAA MM DD

4. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: AAAA MM DD

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

5. Se toman muestras para pruebas complementarias: ◯ SI ● NO Cuáles: ◯ Sífilis ◯ Hepatitis B ◯ Hepatitis C

6. Datos de quien realiza la prueba | Nombre: Carlos Andres Valencia | Firma | Cédula de ciudadanía: 1055831336

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

Versión_01_2023

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

FORM 2.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Caldas
1.2. Municipio: Aguadas
1.3. Localidad/comuna: No aplica
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Fundadores
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Auditorio
1.6. Lugar de la actividad: Auditorio.
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: ESE Hospital San jose de aguadas

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Caldas
2.2. Municipio: Aguadas.
2.3. Localidad/comuna: No Aplica
2.4. Barrio: Centro Cra 5 # 8-21

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ◯ RC ◯ TI ⊗ CC ◯ PA ◯ CE ◯ SD ◯ DNI ◯ PEP ◯ PPT
3.2. Número de identificación: 79120425

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Martin	Guillermo	Morales	Leon

SERVICIO

3.4. Caracterización persona atendida

◯ HSH ◯ TRANS ◯ PID ◯ TS ◯ HC ◯ LESB ◯ PPL ◯ ITS ◯ INMIGRANTE* ◯ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
◯ SPA ◯ GESTANTE | Fecha de la última menstruación: AAAA MM DD | ● POB. GENERAL ◯ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ● Hombre ◯ Mujer ◯ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1962 | 01 | 02
3.6.1 Edad en años cumplidos: 62.
3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ● SI ◯ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ● SI ◯ NO ◯ NO SABE
3.8. Régimen: ● Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Fondo de atención en salud para PPL ◯ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Nueva eps.
3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ◯ Tos ◯ Fiebre ◯ Sudoración nocturna ◯ Pérdida de peso ◯ Otras ITS
◯ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) ● No presenta síntomas

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

◯ Pareja de una PVV ● Asistió a jornada educativa ◯ Servicio de salud IPS/ESE ◯ Amigo/a ◯ Líder/Lideresa sociedad civil
◯ Motivación propia ◯ Autotest Positivo ◯ Autotest Negativo ◯ Interés en PrEP ◯ Redes Sociales/Casuales ◯ www.tecuidamos.com.co

5. No. Condones

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH)

Realiza encuesta de valoración de riesgo ◯ SI ● NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

Tipo de financiamiento ◯ UPC ◯ Fondo Mundial ● Recursos Locales PIC ◯ Otros Cooperantes ◯ Fondo Nacional de Estupefacientes ◯ Recursos propios del usuario ◯ Otro ¿Cuál?

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_01_2023

1.1. Fecha: 2025 | 06 | 21
1.2. Entidad que realiza la actividad ◯ SS ◯ OBC ● IPS/ESE ◯ ONG ◯ Otra
1.3. Nombre de la institución/organización: ESE Hospital San Jose
1.4. Departamento: Caldas
1.5. Municipio: Aguadas
1.6. Localidad/comuna: No aplica
1.7. Barrio: Fundadores

2. Datos de quién firma el consentimiento informado

2.1. Tipo de documento ◯ RC ◯ TI ⊗ CC ◯ PA ◯ CE ◯ SD ◯ DNI ◯ PEP ◯ PPT 2.2. Número de identificación: 79120425
2.3. Nombres y apellidos: Martin Guillermo Morales Leon | 2.4. Régimen: Contributivo | 2.5. Aseguradora: Nueva EPS

3. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 06 | 21

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
⊗ VIH	◯ Reactivo ⊗ No reactivo	⊗ Anticuerpos ◯ Antigenos/anticuerpos	Onsite HIV 1/2 AB Plus	F1120136603	2026 | 12 | 01
◯ Sífilis	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos			AAAA | MM | DD
◯ Hepatitis B	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Antígenos			AAAA | MM | DD
◯ Hepatitis C	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos			AAAA | MM | DD

4. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: AAAA | MM | DD

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
◯ VIH	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos ◯ Antigenos/anticuerpos			AAAA | MM | DD

5. Se toman muestras para pruebas complementarias: ◯ SI ● NO Cuáles: ◯ Sífilis ◯ Hepatitis B ◯ Hepatitis C

6. Datos de quien realiza la prueba | Nombre: Carlos Andres Valencia | Firma | Cédula de ciudadanía: 1055831336

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

Versión_01_2023

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

FORM 2.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Caldas
1.2. Municipio: Aguadas
1.3. Localidad/comuna: No aplica
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Fundadores.
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Auditorio
1.6. Lugar de la actividad: Auditorio.
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: ESE Hospital San Jose de aguadas

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Caldas
2.2. Municipio: Aguadas.
2.3. Localidad/comuna: No Aplica
2.4. Barrio: Buenos Aires Calle 2 # 4-97

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ⊗ CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1055836031

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Thon	Jairo	Jaramillo	Osorio

SERVICIO

3.4. Caracterización persona atendida

○ HSH ○ TRANS ○ PID ○ TS ○ HC ○ LESB ○ PPL ○ ITS ○ INMIGRANTE* ○ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
○ SPA ○ GESTANTE | Fecha de la última menstruación: A A A A | M M | D D | ● POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Colombia.

3.5. Sexo asignado al nacer: ● Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1994 | 12 | 01
3.6.1 Edad en años cumplidos: 30.
3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ● SI ○ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO ○ NO SABE
3.8. Régimen ● Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Nueva EPS.
3.9. Presenta alguno de estos síntomas ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otras ITS ○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) ● No presenta síntomas

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

○ Pareja de una PVV ● Asistió a jornada educativa ○ Servicio de salud IPS/ESE ○ Amigo/a ○ Líder/Lideresa sociedad civil ○ Motivación propia ○ Autotest Positivo ○ Autotest Negativo ○ Interés en PrEP ○ Redes Sociales/Casuales ○ www.tecuidamos.com.co

5. No. Condones

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH)

Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ● NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

Tipo de financiamiento ○ UPC ○ Fondo Mundial ● Recursos Locales PIC ○ Otros Cooperantes ○ Fondo Nacional de Estupefacientes ○ Recursos propios del usuario ○ Otro ¿Cuál?

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_01_2023

1.1. Fecha: 2025 | 06 | 21
1.2. Entidad que realiza la actividad ○ SS ○ OBC ● IPS/ESE ○ ONG ○ Otra
1.3. Nombre de la institución/organización: ESE Hospital San Jose.
1.4. Departamento: Caldas
1.5. Municipio: Aguadas
1.6. Localidad/comuna: No aplica.
1.7. Barrio: Fundadores

2. Datos de quién firma el consentimiento informado

2.1. Tipo de documento ○ RC ○ TI ⊗ CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
2.2. Número de identificación: 1055836031
2.3. Nombres y apellidos: Thon Jairo Jaramillo
2.4. Régimen: Contributivo
2.5. Aseguradora: Nueva EPS

3. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 06 | 21

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
● VIH	○ Reactivo ⊗ No reactivo	● Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos	Oraste HIV 1/2 AB plus	FII20V3E03	2026 | 12 | 01
○ Sífilis	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos			A A A A | M M | D D
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Antígenos			A A A A | M M | D D
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos			A A A A | M M | D D

4. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: A A A A | M M | D D

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

5. Se toman muestras para pruebas complementarias: ○ SI ● NO Cuáles: ○ Sífilis ○ Hepatitis B ○ Hepatitis C

6. Datos de quien realiza la prueba | Nombre: Carlos Andres Valencia | Firma | Cédula de ciudadanía: 1055.831.336

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