Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Proceso Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Asistencia Actividades de PIC**	Versión: 03 Código: F021-P03-AT Fecha: 2025-02-10

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad 3. **FECHA:** 16-06-2025

MUNICIPIO: Aguadas caldas. **RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:** Carlos Andres Valencia

DIMENSIÓN O LÍNEA: SDSDR **ESTRATEGIA:** Conexion Saludable Poblacion migrante

N°	Asistentes (nombre completo y legible)	Número de Documento	Teléfono	Edad (Años cumplidos)	Género (¿Masculino, Femenino, otro, ¿cuál?)	Grupo Poblacional												Firma o Huella
						Persona con discapacidad	Víctima	NARP	Indígena	LGTBIQ+	Migrante	Situación de, en y en riesgo de calle	Trabajadoras sexuales	Trabajadores informales	Mujer en edad fértil	Gestante	Ninguno	
1	Jose Miguel Tovar bermudez	75775460	3103869861	28	Masculino						X							
2	Genesis eliana paez.	5319611	3015912470	19	Femenino.						X							
3	Viviana Josefina bermudez	53188449	3219423906	45	Femenino						X							
4	Jonas bermudez Rodriguez	6983515	3215435404	24	Masculino						X							
5	John Elian paez sole	52852259	3128536968	40	Masculino.						X							
6	Yasmary Garcia Arango	25586836	3178194929	46	Femenino.						X							
7	Taimar Castro calvo	20383022	3117272823	36	Femenino						X							
8	Alexandra villasmil paz	27236191	3117272823	28	Femenino						X							
9	Yenireet soja trujillo	20267071	3116601064	34	Femenino						X							
10	Luisangeli Hernandez	28437780	3246113805	23	Femenino						X							
11																		
12																		

Nota: Esta lista de asistencia debe ser diligenciada por el profesional en las actividades con comunidad en el primer encuentro y el participante firmará o pondrá huella (en caso de que no sepa leer y escribir)

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo José Miguel Tovar bermudez identificado(a) con documento de identidad N° PPT 15735460. de Venezuela, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en ENFERMERIA , CARLOS ANDRES VALENCIA GARCES de la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de ENFERMERO, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de ENFEMERIA dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Aguadas, el día 16 del mes de Agosto del año 2025. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Genesis Eliana Paez
identificado(a) con documento de identidad N° PPT 5319611 de Venezuela, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en ENFERMERIA , CARLOS ANDRES VALENCIA GARCES de la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de ENFERMERO, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de ENFEMERIA dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Aguadas, el día 16 del mes de Agosto del año 2025. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Viviana Josefina Banada identificado(a) con documento de identidad N° PPT 5318844 de Venezuela, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en ENFERMERIA , CARLOS ANDRES VALENCIA GARCES de la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de ENFERMERO, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de ENFEMERIA dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Aguadas, el día 16 del mes de Agosto del año 2025. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Jonas Unay Bermudez Rodriguez identificado(a) con documento de identidad N° PPT 6923515 de Venezuela, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en ENFERMERIA , CARLOS ANDRES VALENCIA GARCES de la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de ENFERMERO, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de ENFEMERIA dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Aguadas, el día 16 del mes de Agosto del año 2025. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Jonas Bermudez
Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Jhon Elian Paez Sole identificado(a) con documento de identidad N° PPT 5282259 de Venezuela, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en ENFERMERIA , CARLOS ANDRES VALENCIA GARCES de la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de ENFERMERO, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de ENFEMERIA dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Aguadas, el día 16 del mes de agosto del año 2025. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Yosmary del valle Garcia Arteaga identificado(a) con documento de identidad N° PPT 2558836 de Venezuela, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en ENFERMERIA , CARLOS ANDRES VALENCIA GARCES de la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de ENFERMERO, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de ENFEMERIA dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Aguadas, el día 16 del mes de agosto del año 2025. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Taimar Yonali Castro Calvo identificado(a) con documento de identidad N° C.E 20383022 de Venezuela, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en ENFERMERIA , CARLOS ANDRES VALENCIA GARCES de la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de ENFERMERO, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de ENFEMERIA dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Aguadas, el día 16 del mes de agosto del año 2025. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Alcandy paola villasmil paz identificado(a) con documento de identidad N° CE 27236191 de Venezuela, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en ENFERMERIA , CARLOS ANDRES VALENCIA GARCES de la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de ENFERMERO, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de ENFEMERIA dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Aguadas, el día 16 del mes de agosto del año 2025. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Yenneed Alexandra Sojo Trujillo identificado(a) con documento de identidad N° C.C 20263071 de Venezuela, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en ENFERMERIA , CARLOS ANDRES VALENCIA GARCES de la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de ENFERMERO, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de ENFEMERIA dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en qué me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Aguadas, el día 16 del mes de agosto del año 2025. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Iuisangeli Andreina Hernandez Gonzalez identificado(a) con documento de identidad N° C.E 28437780 de Venezuela, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en ENFERMERIA , CARLOS ANDRES VALENCIA GARCES de la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de ENFERMERO, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de ENFEMERIA dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Aguadas, el día 16 del mes de agosto del año 2025. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Firma Usuario

FormatoIA 25012023.pdf 1 6/02/23 11:46 a. m.

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

Número ID formulario colectivo

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_01_2023

FORM 1A.

1.1 Fecha (AAAA/MM/DD) 2025 | 08 | 18

1.2. Departamento: Caldas | 1.5. Tipo de lugar: Casco urbano. | 1.6. Nombre del lugar: Extramural.

1.3. Municipio: Aguadas | 1.7. Nombre de la organización/ institución: Ese Hospital san jose de aguadas

1.4. Barrio de la actividad: No aplica | 1.8. Localidad/comuna de la actividad: No aplica

Consecutivo	Nombres	Apellidos	Tipo de documento	Documento de identidad	Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD)	Sexo al nacer: Hombre	Sexo al nacer: Mujer	Régimen	Nombre EPS	Grupo poblacional	Recibió paquetes: SI	Recibió paquetes: NO	Recibió autotest: SI	Recibió autotest: NO	Cantidad de paquetes	Cantidad de condones	Aceptó información individual para para pruebas de tamizaje: SI	Aceptó información individual para para pruebas de tamizaje: NO	Canalizado a: Servicios de salud	Servicios sociales	Vacunación Hepatitis B	Programa PrEP	Otro	Ninguno	Firma de quién recibe	Observaciones
1	Jose Miguel	Tuvar bermudez	PPT	1575460	1993/06/09	X			Salud total	Inmigrante		X	X				X							X		Ninguna
2	Genesis eliana	Paez	PPT	5319611	2005/12/08		X		Salud total	Inmigrante		X	X				X							X		Ninguna
3	Villrana Josefina	Bermudez Rodriguez	PPT	5318844	1980/05/01		X		Nueva eps	Inmigrante		X	X				X							X		Ninguna
4	Jonas unay	Bermudez Rodriguez	PPT	6923515	2004/12/10	X			Salud total	Inmigrante		X	X				X							X		Ninguna
5	yhon elian	Paez sole	PPT	5282259	1984/09/27	X			Salud total	Inmigrante		X	X				X							X		Ninguna
6	Yosmary del valle	Garcia Arteaga	PPT	2558836	1978/10/03		X		Salud total	Inmigrante		X	X				X							X		Ninguna
7	Taimar yonali	Castro Calvo	CE	20383022	1989/06/15		X		Sura	Inmigrante		X	X				X							X		Ninguna
8	Alcandry Paola	Villasmil paz	CE	27236191	1997/02/03		X		Sura	Inmigrante		X	X				X							X		Ninguna
9	Jenired Alexandro	Sojo trujillo	CE	20267071	1991/09/04		X		Salud total	Inmigrante		X	X				X							X		Ninguna
10	Luisangeli Andreina	Hernandez Gonzalez	CE	28437780	2002/09/14		X		Salud total	Inmigrante		X	X				X							X		Ninguna

Versión_01_2023. Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Versión_01_2023

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

Número de formulario 1891770.

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: la Vana
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Casco urbano
1.6. Lugar de la actividad: Extramural
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: la Vana

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: 1575460.

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Jose	Miguel	Tovar	Bermudez.

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: Venezuela.

3.5. Sexo asignado al nacer: ⊗ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1997 | 06 | 09
3.6.1 Edad en años cumplidos: 28.
3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ⊗ SI ○ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ⊗ SI ○ NO ○ NO SABE
3.8. Régimen: ○ Contributivo ⊗ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Salud total
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 | 08 | 06
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: la Vana

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: 1575460
2.3. Nombres y apellidos: Jose miguel tovar bermudez
2.4. Régimen: Subsidiado
2.5. Aseguradora: Salud total

3. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 08 | 06

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	F1120113E03.	2026 | 12 M | 01 D
⊗ Sífilis	○ Positivo ⊗ Negativo	⊗ Anticuerpos	Onsite Syphilis AB	F1203V7E02	2026 | 12 | 05
○ 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.

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

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.

Yo Jose Miguel Tovar Bermudez identificado(a) con PPT. No. 1575460 de Venezuela certifico que he leido o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
SI acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda mi información y resultados son confidenciales. Entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Que he recibido información relacionada con la prueba rápida para aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida. En este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, sífilis, hepatitis B o hepatitis C. En caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediatamente para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador o me tomarán un segunda muestra de sangre para pruebas complementarias, de ser posible. **Recibí información SI (X) NO ( )**

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

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3103862861 o mi correo electrónico NO Prefiere.

Para usuarios procedentes del exterior no regularizados: En caso de resultado positivo de VIH, se me informó que para recibir tratamiento antirretroviral por parte del SGSSS debo adelantar el proceso de regularización de mi estatus migratorio y la posterior afiliación al sistema de salud SI ( ) NO ( ) y que, mientras adelanto estos trámites, recibiré tratamiento antirretroviral por parte de _____ por un periodo máximo de _____. Tengo intención de permanecer en la ciudad y me comprometo a realizar el proceso de regularización de mi estatus migratorio **SI ( ) NO ( ).** En caso de no cumplir con los requisitos mencionados, se me informó también, las rutas de atención de otros cooperantes que prestan servicios en la ciudad, **SI ( ) NO ( ) No aplica (X)**

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

Este documento se firma el dia 16 del mes de Agosto del año 2025

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Jose Miguel Tovar Bermudez.	Nombre y Apellido: Carlos Andres Valencia
Tipo y número de identificación: PPT 1575460.	Tipo y número de identificación: CC 1055831336

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 08 | 16

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	(X) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos	Onsite HIV	F1120V3E03	2026 | 12 | 01
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	Onsite Syphilis AB	F1203V7E02	2026 | 12 | 05
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA | MM | DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA | MM | DD

8. 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

9. Se toman muestras para pruebas complementarias: ( ) SI (X) NO **Cuáles:** ( ) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

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

Versión_01_2023

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

Número de formulario: 1891809

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: Obrero.
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Casco urbano.
1.6. Lugar de la actividad: Extramural
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: Obrero.

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: 5319611

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Genesis	Eliana	Paez.	

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: 2025 | 07 | 22 | ○ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Venezuela

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ☒ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 2005 | 12 | 08
3.6.1 Edad en años cumplidos: 19.
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: Salud total
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 ○ Lider/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 | 08 | 16
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: Obrero.

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: 5319611
2.3. Nombres y apellidos: Genesis eliana paez
2.4. Régimen: Subsidiado
2.5. Aseguradora

3. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 08 | 16

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	F1120113E03	2026 | 12 M | 01 D
☒ Sífilis	○ Positivo ☒ Negativo	☒ Anticuerpos	Onsite Syphilis AB	F1203V7E02.	2026 | 12 M | 05 D
○ 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.

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

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.

Yo Genesis Eliana Paez identificado(a) con PPT No. 5319611 de Venezuela certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
SI acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda mi información y resultados son confidenciales. Entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Que he recibido información relacionada con la prueba rápida para aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida. En este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, sífilis, hepatitis B o hepatitis C. En caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediatamente para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador o me tomarán un segunda muestra de sangre para pruebas complementarias, de ser posible. **Recibí información SI (X) NO ( )**

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

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3015912470 o mi correo electrónico No Refiere.

Para usuarios procedentes del exterior no regularizados: En caso de resultado positivo de VIH, se me informó que para recibir tratamiento antirretroviral por parte del SGSSS debo adelantar el proceso de regularización de mi estatus migratorio y la posterior afiliación al sistema de salud SI ( ) NO ( ) y que, mientras adelanto estos trámites, recibiré tratamiento antirretroviral por parte de _____ por un periodo máximo de _____. Tengo intención de permanecer en la ciudad y me comprometo a realizar el proceso de regularización de mi estatus migratorio **SI ( ) NO ( ).** En caso de no cumplir con los requisitos mencionados, se me informó también, las rutas de atención de otros cooperantes que prestan servicios en la ciudad, **SI ( ) NO ( ) No aplica (X)**

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

Este documento se firma el día 16 del mes de Agosto del año 2025

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Genesis eliana paez	Nombre y Apellido: Carlos Andres Valencia
Tipo y número de identificación: PPT 5319611	Tipo y número de identificación: CC 1055831336

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 08 | 16

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento (AAAA | MM | DD)
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	(X) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos	Onsite HIV	F1120V3E03	2026 | 12 | 01
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	Onsite Syphilis AB	F1203V4E02	2026 | 12 | 05
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA | MM | DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA | MM | DD

8. 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 (AAAA | MM | DD)
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			AAAA | MM | DD

9. Se toman muestras para pruebas complementarias: ( ) SI (X) NO Cuáles: ( ) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

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

Versión_01_2023

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

Número de formulario: 1891816

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:
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Casco urbano
1.6. Lugar de la actividad: Extramural
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: Calle real calle 9 Apt 438 piso 2.

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: 5318844

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Viviana	Josefina	Bermudez	Rodriguez

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: 2025 | 08 | 05 | ○ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Venezuela

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1980 | 05 | 01
3.6.1 Edad en años cumplidos: 45
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 | 08 | 16
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: Calle real

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: 5318844
2.3. Nombres y apellidos: Viviana Josefina bermudez
2.4. Régimen: Subsidiado
2.5. Aseguradora: Nueva EPS

3. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 08 | 16

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	F1120113E03	2026 A 12 M 01 D
⊗ Sífilis	○ Positivo ⊗ Negativo	⊗ Anticuerpos	Onsite Syphilis AB	F1203V7E02	2026 A 12 M 05 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.

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

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.

Yo Viviana Josefina Bermudez Rodriguez identificado(a) con DPT No. 5318849 de Venezuela certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
SI acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda mi información y resultados son confidenciales. Entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Que he recibido información relacionada con la prueba rápida para aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida. En este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, sífilis, hepatitis B o hepatitis C. En caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediatamente para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador o me tomarán un segunda muestra de sangre para pruebas complementarias, de ser posible. **Recibí información SI (X) NO ( )**

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

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3219923206 o mi correo electrónico No Posee.

Para usuarios procedentes del exterior no regularizados: En caso de resultado positivo de VIH, se me informó que para recibir tratamiento antirretroviral por parte del SGSSS debo adelantar el proceso de regularización de mi estatus migratorio y la posterior afiliación al sistema de salud SI ( ) NO ( ) y que, mientras adelanto estos trámites, recibiré tratamiento antirretroviral por parte de _____ por un período máximo de _____. Tengo intención de permanecer en la ciudad y me comprometo a realizar el proceso de regularización de mi estatus migratorio SI ( ) NO ( ). En caso de no cumplir con los requisitos mencionados, se me informó también, las rutas de atención de otros cooperantes que prestan servicios en la ciudad, SI ( ) NO ( ) No aplica (X)

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

Este documento se firma el día 16 del mes de Agosto del año 2025

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Viviana Josefina Bermudez
Tipo y número de identificación: DPT 5318849

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Carlos Andres Valencia
Tipo y número de identificación: CC 1055831336

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 08 | 16

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	(X) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos	Onsite HIV	F1120113E03	2026 | 12 | 05
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	Onsite Syphilis AB	F1203V7E02	2026 | 12 | 05
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA | MM | DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA | MM | DD

8. 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

9. Se toman muestras para pruebas complementarias: ( ) SI (X) NO Cuáles: ( ) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

10. Datos de quien realiza la prueba — Nombre: Carlos Andres Valencia — Firma: [signature] — Cédula de ciudadanía: 1055831336

Versión_01_2023

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

Número de formulario: 1891825

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: Callereal
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Casco urbano
1.6. Lugar de la actividad: Extramural
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: Calle real calle 9 Apt 438 piso 2

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: 6923515
3.3. Primer nombre: Jonas
3.3.1. Segundo nombre: Unay
3.3.2. Primer apellido: Bermudez
3.3.3. Segundo apellido: Rodriguez

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: Venezuela

3.5. Sexo asignado al nacer: ⊗ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 2000 | 12 | 10
3.6.1 Edad en años cumplidos: 24
3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ⊗ SI ○ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ⊗ SI ○ NO ○ NO SABE
3.8. Régimen: ○ Contributivo ⊗ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Salud total
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 ○ Lider/Lideresa sociedad civ
○ Motivación propia ○ Autotest Positivo ○ Autotest Negativo ○ Interés en PrEP ○ Redes Sociales/Casuales ○ www.tecuidamos.com.c

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:

Observacior s:

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 | 08 | 16
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: Calle real

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: 6923515
2.3. Nombres y apellidos: Jonas Unay Bermudez Rodriguez
2.4. Régimen: Subsidiado
2.5. Aseguradora: Salud total

3. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 08 | 16

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	F1120V3E03	2026 | 12 | 01
⊗ Sífilis	○ Positivo ⊗ Negativo	⊗ Anticuerpos	Onsite Syphilis AB	P1203V7E02	2026 | 12 | 09
○ 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: 1053831336

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.

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

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.

Yo Jonas Unay bermudez Rodriguez identificado(a) con PPT No. 6923515 de Venezuela certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

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

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda mi información y resultados son confidenciales. Entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Que he recibido información relacionada con la prueba rápida para aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida. En este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, sífilis, hepatitis B o hepatitis C. En caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediatamente para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador o me tomarán un segunda muestra de sangre para pruebas complementarias, de ser posible. **Recibí información SI (X) NO ( )**

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

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3215935464 o mi correo electrónico No Posee.

Para usuarios procedentes del exterior no regularizados: En caso de resultado positivo de VIH, se me informó que para recibir tratamiento antirretroviral por parte del SGSSS debo adelantar el proceso de regularización de mi estatus migratorio y la posterior afiliación al sistema de salud SI ( ) NO ( ) y que, mientras adelanto estos trámites, recibiré tratamiento antirretroviral por parte de _____ por un período máximo de _____. Tengo intención de permanecer en la ciudad y me comprometo a realizar el proceso de regularización de mi estatus migratorio SI ( ) NO ( ). En caso de no cumplir con los requisitos mencionados, se me informó también, las rutas de atención de otros cooperantes que prestan servicios en la ciudad, SI ( ) NO ( ) No aplica (X)

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

Este documento se firma el día 16 del mes de agosto del año 2025

Jonas Bermudez

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO

Nombre y Apellido: Jonas Unay bermudez rodriguez

Tipo y número de identificación: PPT 6923515

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO

Nombre y Apellido: Carlos Andres Valencia

Tipo y número de identificación: CC 1055831336

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 08 | 16

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento (AAAA / MM / DD)
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	(X) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos	Onsite HIV	F1120U3E03	2026 / 12 / 01
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	Onsite Syphilis AB	F1203V7E02	2026 / 12 / 05
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA / MM / DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA / MM / DD

8. 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 (AAAA / MM / DD)
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			AAAA / MM / DD

9. Se toman muestras para pruebas complementarias: ( ) SI (X) NO Cuáles: ( ) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

10. Datos de quien realiza la prueba — Nombre: Carlos Andres Valencia — Firma: [signature] — Cédula de ciudadanía: 1055831336

Versión_01_2023

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

Número de formulario: 7891841

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: Chaguala
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Casco urbano
1.6. Lugar de la actividad: Extramural
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

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: 5282259

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
John	Elian	Pua	Sole

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: Venezuela

3.5. Sexo asignado al nacer: ☒ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1984 | 09 | 27
3.6.1 Edad en años cumplidos: 40.
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: Salud total
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 | 08 | 16
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: Chaguala

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: 5282259
2.3. Nombres y apellidos: John elian pua sole
2.4. Régimen: Subsidiado
2.5. Aseguradora: Salud total

3. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 08 | 16

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	F1120V3E03	2026 A 12 M 01 D
☒ Sífilis	○ Positivo ☒ Negativo	☒ Anticuerpos	Onsite Syphilis AB	F1203V4E02	2026 A 12 M 05 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.

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

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.

Yo John. Elian Paez Sole identificado(a) con PPT No. 5282259 de Venezuela certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

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

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda mi información y resultados son confidenciales. Entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Que he recibido información relacionada con la prueba rápida para aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida. En este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, sífilis, hepatitis B o hepatitis C. En caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediatamente para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador o me tomarán un segunda muestra de sangre para pruebas complementarias, de ser posible. **Recibí información SI (X) NO ( )**

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

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3128536968 o mi correo electrónico No Reporte.

Para usuarios procedentes del exterior no regularizados: En caso de resultado positivo de VIH, se me informó que para recibir tratamiento antirretroviral por parte del SGSSS debo adelantar el proceso de regularización de mi estatus migratorio y la posterior afiliación al sistema de salud SI ( ) NO ( ) y que, mientras adelanto estos trámites, recibiré tratamiento antirretroviral por parte de _____ por un periodo máximo de _____. Tengo intención de permanecer en la ciudad y me comprometo a realizar el proceso de regularización de mi estatus migratorio SI ( ) NO ( ). En caso de no cumplir con los requisitos mencionados, se me informó también, las rutas de atención de otros cooperantes que prestan servicios en la ciudad, SI ( ) NO ( ) No aplica (X)

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

Este documento se firma el día 16 del mes de Agosto del año 2025.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: John Elian Paez sole	Nombre y Apellido: Carlos Andres Valencia
Tipo y número de identificación: PPT 5282259	Tipo y número de identificación: CC 1055831336

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 08 | 16

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	(X) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos	Onsite HIV	F1120V3E03	2026 A 12 M 01 D
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	Onsite Syphilis AB	F1203V7E02	2026 A 12 M 05 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

8. 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

9. Se toman muestras para pruebas complementarias: ( ) SI (X) NO Cuáles: ( ) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

10. Datos de quien realiza la prueba — Nombre: Carlos Andres Valencia — Firma: [signature] — Cédula de ciudadanía: 1055831336

Versión_01_2023

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

Número de formulario: 1891859

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: Peñon barco
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Casco urbano
1.6. Lugar de la actividad: Extramural
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: Peñon barco

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: 2558836

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Yosmary	del valle	Garcia	Arteaga.

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: 2025 | 07 | 26 | ○ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Venezuela

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1978 | 10 | 07 D
3.6.1 Edad en años cumplidos: 46.
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: Salud total
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 | 08 | 16 D
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: Peñon barco

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:
2.3. Nombres y apellidos: Yosmary del Valle Garcia
2.4. Régimen: Subsidiado
2.5. Aseguradora: Salud total

3. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 08 | 16

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	F1120V3E03	2026 | 12 | 01 D
⊗ Sífilis	○ Positivo ⊗ Negativo	⊗ Anticuerpos	Onsite Syphilis AB	F1203V7E03	2026 A | 12 M | 05 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: 1053831336

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.

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

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.

Yo Yasmary del valle Garcia Arteaga identificado(a) con PPT No. 2558836 de Venezuela certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
SI acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda mi información y resultados son confidenciales. Entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Que he recibido información relacionada con la prueba rápida para aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida. En este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, sífilis, hepatitis B o hepatitis C. En caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediatamente para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador o me tomarán un segunda muestra de sangre para pruebas complementarias, de ser posible. **Recibí información SI (X) NO ( )**

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

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3176197924 o mi correo electrónico No Refiere.

Para usuarios procedentes del exterior no regularizados: En caso de resultado positivo de VIH, se me informó que para recibir tratamiento antirretroviral por parte del SGSSS debo adelantar el proceso de regularización de mi estatus migratorio y la posterior afiliación al sistema de salud **SI ( ) NO ( )** y que, mientras adelanto estos trámites, recibiré tratamiento antirretroviral por parte de _____ por un periodo máximo de _____. Tengo intención de permanecer en la ciudad y me comprometo a realizar el proceso de regularización de mi estatus migratorio **SI ( ) NO ( )**. En caso de no cumplir con los requisitos mencionados, se me informó también, las rutas de atención de otros cooperantes que prestan servicios en la ciudad, **SI ( ) NO ( ) No aplica (X)**

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

Este documento se firma el día 16 del mes de agosto del año 2025.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Yasmary del valle garcia
Tipo y número de identificación: PPT 2558836

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Carlos Andres Valencia
Tipo y número de identificación: CC 1055831336

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 08 | 16

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	(X) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos	Onsite HIV	F1120113E03	2026 A 12 M 01 D
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	Onsite syphilis AIR	F1703V3602	2026 A 12 M 05 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

8. 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

9. Se toman muestras para pruebas complementarias: ( ) SI (X) NO Cuáles: ( ) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

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

Versión_01_2023

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

Número de formulario: 1091868

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: Buenos Aires
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Casco urbano
1.6. Lugar de la actividad: Extramural
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

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: 20383022

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Taimar	Yonali	Castro	Colon

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: 2025 | 08 | 10 | ○ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Venezuela

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1989 | 06 | 19
3.6.1 Edad en años cumplidos: 36
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 | 08 | 16
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: Buenos Aires

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: 20383022
2.3. Nombres y apellidos: Taimar Yonali Castro
2.4. Régimen: Subsidiado
2.5. Aseguradora: Sura

3. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 08 | 16

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	F1120V3E03	2026 | 12 | 01
⊗ Sífilis	○ Positivo ⊗ Negativo	⊗ Anticuerpos	onsite syphilis AB	F1203V7E03	2026 | 12 | 05
○ 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: 1053831336

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.

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

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.

Yo Taimar Yonali Castro Calvo identificado(a) con C.E No. 20383022 de Venezuela certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado,que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

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

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda mi información y resultados son confidenciales. Entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Que he recibido información relacionada con la prueba rápida para aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida. En este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, sífilis, hepatitis B o hepatitis C. En caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediatamente para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador o me tomarán un segunda muestra de sangre para pruebas complementarias, de ser posible. **Recibí información SI (X) NO ( )**

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

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3117272823 o mi correo electrónico No Reficle.

Para usuarios procedentes del exterior no regularizados: En caso de resultado positivo de VIH, se me informó que para recibir tratamiento antirretroviral por parte del SGSSS debo adelantar el proceso de regularización de mi estatus migratorio y la posterior afiliación al sistema de salud SI ( ) NO ( ) y que, mientras adelanto estos trámites, recibiré tratamiento antirretroviral por parte de _____ por un periodo máximo de _____. Tengo intención de permanecer en la ciudad y me comprometo a realizar el proceso de regularización de mi estatus migratorio SI ( ) NO ( ). En caso de no cumplir con los requisitos mencionados, se me informó también, las rutas de atención de otros cooperantes que prestan servicios en la ciudad, SI ( ) NO ( ) No aplica (X)

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

Este documento se firma el día 16 del mes de Agosto del año 2025

taimar

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Taimar Yonali Castro Calvo
Tipo y número de identificación: C.E 20383022

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Carlos Andres Valencia
Tipo y número de identificación: CC 1055831336

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 08 | 16

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	(X) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos	Onsite HIV	F1120V3E03	2026 | 12 | 01
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	onsite syphilis AB	F1203V7E02	2026 | 12 | 08
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA | MM | DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA | MM | DD

8. 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

9. Se toman muestras para pruebas complementarias: ( ) SI (X) NO Cuáles: ( ) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

10. Datos de quien realiza la prueba — Nombre: Carlos Andres Valencia — Firma: [signature] — Cédula de ciudadanía: 1055831336

Versión_01_2023

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

Número de formulario: 1891889

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: Sector la carcel.
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Casco urbano
1.6. Lugar de la actividad: Extramural
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: Sector la carcel.

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: 7723619

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Alcardy	Paola	Villamil	Paz

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: 2025 / 07 / 19 | ○ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Venezuela

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1997 / 02 / 03
3.6.1 Edad en años cumplidos: 28
3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ⊗ SI ○ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ⊗ SI ○ NO ○ NO SABE
3.8. Régimen: ○ Contributivo ⊗ Subsidiado ○ Especial ○ 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 / 08 / 16
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: Sector la carcel

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: 7723619
2.3. Nombres y apellidos: Alcardy Paola Villamil
2.4. Régimen: Subsidiado
2.5. Aseguradora: Sura

3. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 / 08 / 16

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	F1120V3E03	2026 / 12 / 01
⊗ Sífilis	○ Positivo ⊗ Negativo	⊗ Anticuerpos	Onsite Syphilis AB	F1203V7E03	2026 / 12 / 05
○ 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: [signature] | Cédula de ciudadanía: 1055931336

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.

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

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.

Yo Alexandry Villarmil Paz identificado(a) con C.E No. 27236191 de Venezuela certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
SI acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda mi información y resultados son confidenciales. Entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Que he recibido información relacionada con la prueba rápida para aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida. En este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, sífilis, hepatitis B o hepatitis C. En caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediatamente para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador o me tomarán un segunda muestra de sangre para pruebas complementarias, de ser posible. **Recibí información SI (X) NO ( )**

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

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3113272823 o mi correo electrónico No Reside.

Para usuarios procedentes del exterior no regularizados: En caso de resultado positivo de VIH, se me informó que para recibir tratamiento antirretroviral por parte del SGSSS debo adelantar el proceso de regularización de mi estatus migratorio y la posterior afiliación al sistema de salud **SI ( ) NO ( )** y que, mientras adelanto estos trámites, recibiré tratamiento antirretroviral por parte de _____ por un período máximo de _____. Tengo intención de permanecer en la ciudad y me comprometo a realizar el proceso de regularización de mi estatus migratorio **SI ( ) NO ( ).** En caso de no cumplir con los requisitos mencionados, se me informó también, las rutas de atención de otros cooperantes que prestan servicios en la ciudad, **SI ( ) NO ( ) No aplica (X)**

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

Este documento se firma el día 16 del mes de agosto del año 2025.

Alexandry

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Alexandry Villarmil Paz
Tipo y número de identificación: C.E 27236191

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Carlos Andrey Valencia
Tipo y número de identificación: CC 1055831336

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 08 | 16

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento (AAAA / MM / DD)
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	(X) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos	Onsite HIV	F1120V3E03	2026 / 12 / 01
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	Onsite Syphilis AB	F1203V7E02	2026 / 12 / 01
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA / MM / DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA / MM / DD

8. 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 (AAAA / MM / DD)
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			AAAA / MM / DD

9. Se toman muestras para pruebas complementarias: ( ) SI (X) NO Cuáles: ( ) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

10. Datos de quien realiza la prueba Nombre: Carlos Andrey Valencia Firma: _____ Cédula de ciudadanía: 1055831336

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

Número de formulario: 1891896

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: Corozo
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Casa urbana
1.6. Lugar de la actividad: Extramural
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

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: 20267071

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Jenireet	Alexandra	Soto	Trujillo

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: 2025 | 08 | 04 | ○ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Venezuela

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1991 | 09 | 04
3.6.1 Edad en años cumplidos: 34
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: Salud total
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 | 08 | 06
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: Corozo

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: 20267071
2.3. Nombres y apellidos: Jenireet Alexandra soto trujillo
2.4. Régimen: Subsidiado
2.5. Aseguradora: Salud total

3. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 08 | 06

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	F1120V3E03	2026 A | 12 M | 01 D
⊗ Sífilis	○ Positivo ⊗ Negativo	⊗ Anticuerpos	Onsite Syphilis AB	F1203V3E03	2026 A | 12 M | 01 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: 1053831336

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.

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

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.

Yo Jenirect Alexandra Soja Trujillo identificado(a) con CE No. 20267071 de Venezuela certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

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

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda mi información y resultados son confidenciales. Entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Que he recibido información relacionada con la prueba rápida para aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida. En este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, sífilis, hepatitis B o hepatitis C. En caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediatamente para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador o me tomarán un segunda muestra de sangre para pruebas complementarias, de ser posible. **Recibí información SI (X) NO ( )**

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

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3116601064 o mi correo electrónico NO REFIERE.

Para usuarios procedentes del exterior no regularizados: En caso de resultado positivo de VIH, se me informó que para recibir tratamiento antirretroviral por parte del SGSSS debo adelantar el proceso de regularización de mi estatus migratorio y la posterior afiliación al sistema de salud **SI ( ) NO ( )** y que, mientras adelanto estos trámites, recibiré tratamiento antirretroviral por parte de _____ por un período máximo de _____. Tengo intención de permanecer en la ciudad y me comprometo a realizar el proceso de regularización de mi estatus migratorio **SI ( ) NO ( ).** En caso de no cumplir con los requisitos mencionados, se me informó también, las rutas de atención de otros cooperantes que prestan servicios en la ciudad, **SI ( ) NO ( ) No aplica (X)**

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

Este documento se firma el día 16 del mes de agosto del año 2025

Venezuela

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Jenirect Alexandra Soja Trujillo
Tipo y número de identificación: CE 20267071

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Carlos Andres Valencia
Tipo y número de identificación: CC 1055831336

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 08 | 16

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento (AAAA / MM / DD)
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	(X) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos	Onsite HIV	F1120V3E03	2026 / 12 / 01
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	Onsite Syphilis	F1203V4E02	2026 / 12 / 05
( ) 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

8. 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 (AAAA / MM / DD)
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			A A A A / M M / D D

9. Se toman muestras para pruebas complementarias: ( ) SI (X) NO Cuáles: ( ) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

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

Versión_01_2023

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

Número de formulario: 1891908

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: la vana
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Casco urbano
1.6. Lugar de la actividad: Extramural
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: la vana

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: 28437780

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Yuisangeli	Andrina	Hernandez	Gonzalez

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: 2025 | 07 | 28 | ○ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Venezuela

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 2001 | 09 | 14
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: Salud total
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 civ
○ Motivación propia ○ Autotest Positivo ○ Autotest Negativo ○ Interés en PrEP ○ Redes Sociales/Casuales ○ www.tecuidamos.com.c

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:

Observacion:

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 | 08 | 16
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: la vana

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: 28437780
2.3. Nombres y apellidos: Yuisangeli Andrina Hernandez
2.4. Régimen: Subsidiado
2.5. Aseguradora: Salud total

3. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 08 | 16

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	F1120113E03	2026 | 12 | 01 (A A A A | M M | D D)
⊗ Sífilis	○ Positivo ⊗ Negativo	⊗ Anticuerpos	Onsite Syphilis AB	F1203V7E03	2026 | 12 | 09
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Antigenos			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 ○ Antigenos/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.

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

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.

Yo Luisangeli Andreina Hernandez Gonzalez identificado(a) con CE No. 28437780 de Venezuela certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
SI acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda mi información y resultados son confidenciales. Entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Que he recibido información relacionada con la prueba rápida para aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida. En este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, sífilis, hepatitis B o hepatitis C. En caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediatamente para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador o me tomarán un segunda muestra de sangre para pruebas complementarias, de ser posible. **Recibí información SI (X) NO ( )**

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

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3246957805 o mi correo electrónico No Reporta.

Para usuarios procedentes del exterior no regularizados: En caso de resultado positivo de VIH, se me informó que para recibir tratamiento antirretroviral por parte del SGSSS debo adelantar el proceso de regularización de mi estatus migratorio y la posterior afiliación al sistema de salud SI ( ) NO ( ) y que, mientras adelanto estos trámites, recibiré tratamiento antirretroviral por parte de _____ por un periodo máximo de _____. Tengo intención de permanecer en la ciudad y me comprometo a realizar el proceso de regularización de mi estatus migratorio SI ( ) NO ( ). En caso de no cumplir con los requisitos mencionados, se me informó también, las rutas de atención de otros cooperantes que prestan servicios en la ciudad, SI ( ) NO ( ) No aplica (X)

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

Este documento se firma el día 16 del mes de agosto del año 2025

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Luisangeli Andreina Hernandez	Nombre y Apellido: Carlos Andres Valencia
Tipo y número de identificación: CE 28437780	Tipo y número de identificación: CC 1055831336

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 08 | 16

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	(X) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos	OnSite HIV	F1120V13E03	2026 | 12 | 01
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	OnSite Syphilis AB	F1203V7E03	2026 | 12 | 05
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA | MM | DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA | MM | DD

8. 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

9. Se toman muestras para pruebas complementarias: ( ) SI (X) NO Cuáles: ( ) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

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