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

Numero ID formulario colectivo

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

1.1 Fecha (AAAA/MM/DD) 2025 | 07 | 04

1.2. Departamento: Quindio | 1.5. Tipo de lugar: | 1.6. Nombre del lugar:

1.3 Municipio: Filandia | 1.7. Nombre de la organización/ institución: ESE Hospital San Vicente de Paul

1.4. Barrio de la actividad: Santiago Lopez | 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 pruebas de tamizaje: SI	Aceptó información individual para pruebas de tamizaje: NO	Canalizado a: Servicios de salud	Servicios sociales	Vacunación Hepatitis B	Programa PrEP	Otro	Ninguno	Firma de quien recibe	Observaciones
1	Veronica Carolina	Mendoza Ferrer	PPT	972692	1988/10/28		X	SUB	N.EPS		X				1	10	X							X		
2	Ana Maria	Lopez Estrada	CC	24660988	1975/06/09		X	SUB	Sanitas		X				1	10	X							X		
3	Leidy Johana	Garcia Hoyos	CC	24661746	1984/11/06		X	SUB	Sura		X				1	10	X							X		
4	Jesus Antonio	Betancur Cardona	CC	4423207	1967/05/28	X			Sanitas		X				1	10	X									
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										

Powered by CamScanner

Versión_01_2023

FORM 1A.

FORM 1A. CONSOLIDADO REGISTRO DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Número ID formulario colectivo

Número de páginas FORM 1A.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

1.1. Tipo de entidad que realiza la actividad

- ○ Organización de Base Comunitaria
- ○ Organización no Gubernamental
- ⊗ Servicio de salud IPS/ ESE
- ○ Secretaría de Salud
- ○ Otra. ¿Cuál? _____

1.2. Tipo de actividad

- ○ Encuentros de ciudadanía
- ○ Talleres/ jornadas educativas
- ○ Recorrido de calle
- ⊗ Jornada de Salud
- ○ Servicios de escucha
- ○ Grupos de apoyo
- ○ Asesoría Psicosocial
- ○ Seguimiento de casos
- ○ Actividad lúdico pedagógica
- ○ Otro ¿Cuál? _____

1.3. Fecha de la actividad 2025 | 07 | 04

1.3.1. Duración promedio por participante HH | 25

2. TEMAS Y DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Nombre de la actividad: Tamizajes - Adquisición y Suministro de insumos
Temas abordados: Prevención e importancia del tamizaje de ITS
Cantidad de líderes que coordinaron el evento: 1
Hora de inicio y final de la actividad: 08:00am - 03:00pm
Se entregan condones individuales o por paquetes: paquetes (4)
Qué incluye el paquete: 10 condones

3. PAQUETES DE SERVICIOS ENTREGADOS (registre todos los elementos entregados en el paquete de prevención)

GRUPO CLAVE O PRIORIZADO INTERVENIDO*	Pobl. GRAL							
3.1. Total participantes	4							
3.2. Número de paquetes de prevención	4							
3.3. Número de condones	40							
3.4. Número de autotest	4							
3.5. Personas direccionadas a servicios sociales y/o de salud	0							

*HSH, TRANS, TS, HC, PPL, LESB, BISEX, JOVENES, GESTANTES, POBL. GRAL., CONSUMO SPA, REINCORPORADOS, POB TB, POB ITS, INDÍGENAS, INMIGRANTE, OTROS (PRIORIZADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL).

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Jefferson José Correa Ocampo

CÓDIGO O NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVDAD: 10.949.49772

TIPO DE FINANCIAMIENTO DE LA ACTIVIDAD

- ○ Fondo Mundial
- ○ Recursos propios de la Entidad territorial
- ○ Otros recursos de cooperación
- ○ Otro ¿Cuál? _____
- ○ Fondo Nacional de Estupefacientes
- ⊗ Recursos plan de intervenciones colectivas PIC

Powered by CamScanner