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

Número ID formulario colectivo

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

1.1 Fecha (AAAA/MM/DD) 2025 | 07 | 11

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

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

1.4. Barrio de la actividad: Vereda El Paraiso | 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 | Canalizado a: Servicios sociales | Canalizado a: Vacunación Hepatitis B | Canalizado a: Programa PrEP | Canalizado a: Otro | Canalizado a: Ninguno | Firma de quien recibe | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Daniela | Restrepo Puentes | CC | 1096646302 | 1995-02-23 | | X | Subs | N. EPS | LESB | X | | | | 1 | 10 | X | | | | | | | | Daniela Restrepo | |
| 2 | Gabriel Arturo | Torres Bravo | CC | 7549603 | 1966-02-25 | X | | Cont. | N. EPS | POB. General | X | | | | 1 | 10 | X | | | | | | | | [signature] | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 | 11

**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 - 03:00 pm
Se entregan condones individuales o por paquetes: paquete
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* | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3.1. Total participantes | 2 | | | | | | | |
| 3.2. Número de paquetes de prevención | 2 | | | | | | | |
| 3.3. Número de condones | 20 | | | | | | | |
| 3.4. Número de autotest | 2 | | | | | | | |
| 3.5. Personas direccionadas a servicios sociales y/o de salud | 0 | | | | | | | |

*HSH, TRANS, TS, HC, PPL, LESB, BISEX, JÓVENES, 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 Jose Correa Ocampo.

**CÓDIGO O NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVDAD:**
1.094.949.772

**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