Versión_01_2023

FORM 1A

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

Número ID formulario colectivo: 1555326

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

1.1 Fecha (AAAA/MM/DD): 2025 | 08 | 02

1.2. Departamento: Quindío | 1.5. Tipo de lugar: Finca | 1.6. Nombre del lugar: Resguardo indígena La Virginia

1.3. Municipio: Calarcá | 1.7. Nombre de la organización/ institución: Hospital La Misericordia

1.4. Barrio de la actividad: Virginia | 1.8. Localidad/comuna de la actividad: Virginia.

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 quién recibe	Observaciones
1	Marino	Restrepo Velasquez	CC	1007214164	06-07-1995.	X		S	Nueva EPS	Indígena	X			X	1	10	X							X	Marino R	
2	Jesus Gabriel	Gonzalez.	CC	1069484447	2005 05-22	X		S	Sura	Indígena	X			X	1	10	X							X	Jesus	
3	Jose Arbey	Siagama Tulcan	CC	1040122170	1979 11-25	X		S	Almet Salud	Indígena	X			X	1	10	X							X	Jose Arbey	
4	Ana Oliva	Siagama N.	CC	1087547702	1980 06-23	X		S	Almet Salud	Indígena	X			X	1	10	X							X	Ana oliva	
5	Carlos Alfredo	Siagama N.	CC	1040122285	1983 09-15	X		S	Almet Salud	Indígena	X			X	1	10	X							X	carlos	
6	Leonarda	Namondia.	CC	24743266	1950 01-27		X	S	Nueva EPS	Indígena	X			X	1	10	X							X		
7	Maria	Fabiola. Niaza	CC	1004965259	1988 02-13		X	S	Almet Salud	Indígena	X			X	1	10	X							X	maria fabiola	
8	Angie Paola	Siagama Siagama	CC	1086634477	1999 04-27		X	S	Almet Salud	Indígena	X			X	1	10	X							X	Angie paola	
9	Yorlina	Siagama	CC	1086634709	2006 06-09	X		S	Almet Salud	Indígena	X			X	1	10	X							X	Yorlina	
10	Jairo	Siagama.	CC	10051570	1977 03-03	X			Nueva EPS	Indígena	X			X	1	10	X							X	Jairo	

Scanned with CamScanner

Versión_01_2023

FORM 1A.

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

Número ID formulario colectivo: 1000326

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

1.1 Fecha (AAAA/MM/DD): 2025 | 08 | 02

1.2. Departamento: Quindío | 1.5. Tipo de lugar: Finca | 1.6. Nombre del lugar: Resguardo Indígena La Virginia

1.3. Municipio: Calarcá | 1.7. Nombre de la organización/ institución: Hospital la Misericordia.

1.4. Barrio de la actividad: Virginia | 1.8. Localidad/comuna de la actividad: Virginia

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 quién recibe	Observaciones
1	Luis Pedro	Siagama N.	CC	1087548605	1986 05-31	X		S	Asmet Salud	Indígena	X			X	1	10	X							X	Luis Pedro	
2	Luz Melina	Siagama N.	CC	1087547275	1986 05-24	X		S	Asmet Salud	Indígena	X			X	1	10	X							X	Luz Melina	
3	Edilde	Siagama.	CC	1087547218	1978 03-15	X		S	Nueva EPS	Indígena	X			X	1	10	X							X	Edilde	
4	Paula Andrea	Siagama.	TI	1096630O4	2007 04-16	X		S	Asmet Salud	Indígena	X			X	1	10	X							X	Paula	
5	Yamilet	Siagama	CC	1006634O0	2004 08-04	X		S	Pijao Salud	Indígena	X			X	1	10	X							X	Yamilet	
6	Luz Ermilda	Ladino.	CC	1149691775	2000 03-09	X		S	Nueva EPS	Indígena	X			X	1	10	X							X	Luz Ermilda	
7																										
8																										
9																										
10																										

Scanned with CamScanner

Versión_01_2023

FORM 1A

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

Número ID formulario colectivo: 1888326

Número de páginas FORM 1A.: 2

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: AAAA 2025 | 08 | 02

1.3.1. Duración promedio por participante: 00 | M 15

2. TEMAS Y DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Nombre de la actividad: Tamizajes VIH-SIFILIS-HB.
Temas abordados: Tamizajes VIH-SIFILIS-HB.
Cantidad de líderes que coordinaron el evento: 2
Hora de inicio y final de la actividad: 8:00 am - 12:00 pm
Se entregan condones individuales o por paquetes: paquete
Qué incluye el paquete: 10 preservativos

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

GRUPO CLAVE O PRIORIZADO INTERVENIDO*	Indígena							
3.1. Total participantes	16							
3.2. Número de paquetes de prevención	Cero							
3.3. Número de condones	160							
3.4. Número de autotest	Cero							
3.5. Personas direccionadas a servicios sociales y/o de salud	Cero.							

*MSM, 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: Adriana Acosta

CÓDIGO O NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVDAD: 1004799200

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

Scanned with CamScanner