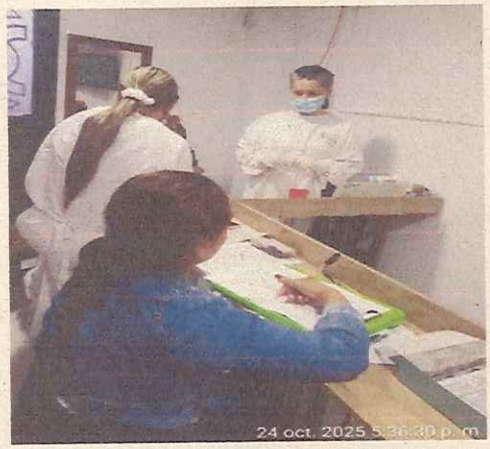
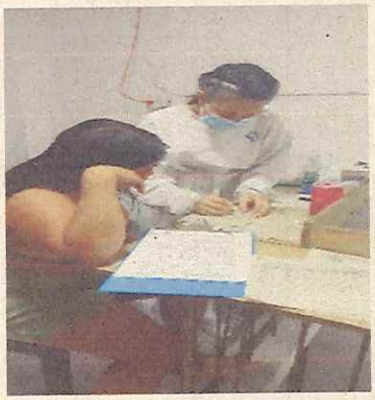
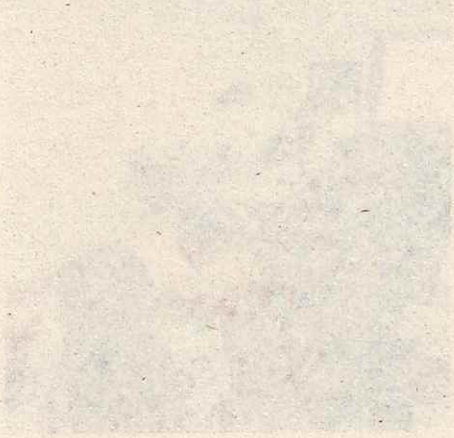
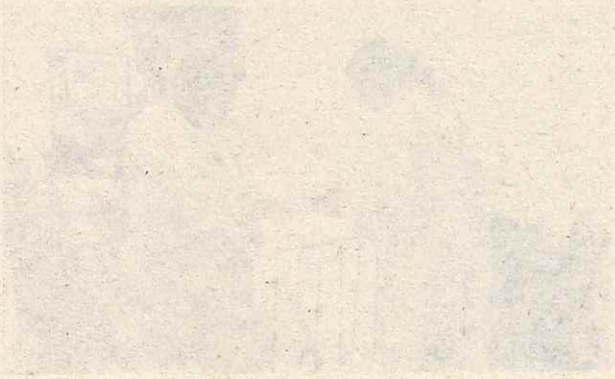
	FORMATO REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ACTIVIDADES **ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL** **SANTA ROSA DE CABAL** **SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL**
Versión: 0	Vigencia: 08-2017

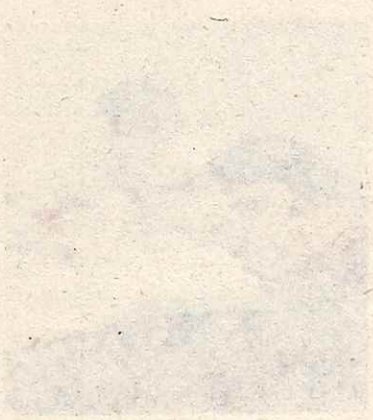
4. ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD COMUNITARIA ,INCLUYENDO ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y NO TRANSMISIBLES.

ACTIVIDAD: 84.1 NOMBRE ACTIVIDAD: JORNADA DE TOMA PRUEBAS RAPIDAS VIH LUGAR: LA APOLO FECHA: 24 / 10 / 2025	ENFERMERA PATRICIA QUIRAMA ACEVEDO
	
	









Versión_01_2023

FORMA 2.

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Risaralda
1.2. Municipio: Santa Rosa
1.3. Localidad/comuna: comuna 9
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Zona centro
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Bar Apolo
1.6. Lugar de la actividad: Bar Apolo
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Secretaria de Salud

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Sta Rosa
2.3. Localidad/comuna: comuna 9
2.4. Barrio: La milagrosa

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: 1017259562

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Erika	yohana	Villa	Tregos

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: 12 / 03 / 2025 | ● POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 16 / 01 / 98
3.6.1 Edad en años cumplidos: 27

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: Sisben subsidiado

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?

SERVICIO

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 Enka Yohana Villa Trejos identificado(a) con 1017259562 No. _____ de _____ 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 ( ) 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** (√) **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 3145785840 o mi correo electrónico enkayohana1529@gmail.com

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** (X) **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** ( )

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 24 del mes de octubre del año 2025

Enka Villa

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Enka Yohana Villa Trejos
Tipo y número de identificación: 1017259562

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Patricia Quinama Acevedo
Tipo y número de identificación: 42103854

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 10 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			A A A A / M M / D D
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			A A A A / M M / D D
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			A A A A / M M / D D
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			A A A A / M M / D D

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 10 | 24.

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Positivo (X) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos	ad-610.	F020SW3E03	2027 / 02 / 05

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

10. Datos de quien realiza la prueba Nombre: Patricia Quinama. Firma: _____ Cédula de ciudadanía: 42103854

Versión_01_2023

FORM 2.

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Risaralda
1.2. Municipio: Santa Rosa de cabal
1.3. Localidad/comuna: Centro
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Zona centro
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Apoio x1
1.6. Lugar de la actividad: centro
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Secretaria de Salud

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Santa rosa de cabal
2.3. Localidad/comuna: Centro
2.4. Barrio: San Vicente

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: 1.007.192.100

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Juan	Carlos	Valencia	Montoya

3.4. Caracterización persona atendida

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

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

3.5. Sexo asignado al nacer: ● Hombre ○ Mujer ○ Intersexual

3.6. Fecha de nacimiento: 25 01 2000 (DD MM AAAA)

3.6.1 Edad en años cumplidos: 25

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?

SERVICIO

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 Juan Carlos Valencia Montoya identificado(a) con cedula No. 1.007.192.100 de Santa Rosa d.c. 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 ( ) 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 ( ) NO (X) 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 No responde. o mi correo electrónico No responde.

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 24 del mes de octubre del año 2025

Juan Carlos V.M.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Juan Carlos Valencia Montoya
Tipo y número de identificación: 1.007.192.100

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Patricia Quiroz Acevedo.
Tipo y número de identificación: 42103857

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 10 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 10 | 24.

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Positivo (X) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos	ad-bio.	FO205W3E03	2027 | 02 | 05

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre: Patricia Quiroz | Firma | Cédula de ciudadanía: 42103857

Versión_01_2023

FORM 2.

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Risaralda
1.2. Municipio: Santa Rosa de Cabal
1.3. Localidad/comuna: Zona Centro
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Zona Centro
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Apolo II
1.6. Lugar de la actividad: Centro
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Secretaria de Salud

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Santa Rosa de cabal
2.3. Localidad/comuna: 1
2.4. Barrio: Colombia

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: 18618539

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Francisco	Javier	Valencia	Triviño

3.4. Caracterización persona atendida

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

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

3.5. Sexo asignado al nacer: ⊗ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual

3.6. Fecha de nacimiento: 1982 | 08 | 04

3.6.1 Edad en años cumplidos: 42

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ⊗ SI ○ NO

3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ⊗ SI ○ NO ○ NO SABE

3.8. Régimen: ○ Contributivo ⊗ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción

3.8.1. Nombre de la aseguradora: 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

SERVICIO

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?

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 Francisco Trivino identificado(a) con cedula No. 18610734 de Santa Rosa 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 ( ) 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 no responde. no responde. o mi correo electrónico no responde.

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 24 del mes de 10 del año 2025.

Javier Trivino
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Javier Trivino
Tipo y número de identificación: 18610734

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Patricia Quiroga Acevedo
Tipo y número de identificación: 42103854.

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 10 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(•) VIH	( ) Reactivo (•) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antigenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 10 | 24.

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos	9d-610	FQ205W3603	2027 | 02 | 05

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

10. Datos de quien realiza la prueba	Nombre: Patricia Quiroga	Firma		Cédula de ciudadanía	42103854.

Versión_01_2023

FORM 2.

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Risaralda
1.2. Municipio: Sta Rosa
1.3. Localidad/comuna: Centro
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Centro
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Bar Apolo
1.6. Lugar de la actividad: Bar Apolo
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Secretaria de Salud.

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Sta Rosa
2.3. Localidad/comuna: Centro
2.4. Barrio: Centro

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: 1.093.212.225

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Victor	Alfonzo	Sanchez	Arubla

3.4. Caracterización persona atendida

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

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

3.5. Sexo asignado al nacer: ⊗ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual

3.6. Fecha de nacimiento: 29 | 03 | 1986

3.6.1 Edad en años cumplidos: 29

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

SERVICIO

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?

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 Victor Alfonso Sanchez identificado(a) con _____ No. _____ de _____ 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 (✓) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (⊗) VIH ( ) 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 (✓) 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 (✓) 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 no responde. o mi correo electrónico no responde.

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 (✓)

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 24 del mes de Octubre del año 2025

+Victor

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Victor Alfonso Sanchez.
Tipo y número de identificación: 1.093.212 225.

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Patricia Viviana Acevedo
Tipo y número de identificación: 42103854

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 10 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos			
○ Sífilis	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos			
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Antigenos			
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 10 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos ○ Antigenos/anticuerpos	acon-bio	F0205W3E03	2027 | 02 | 05

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

	Nombre	Patricia Viviana	Firma		Cédula de ciudadanía 42103854

Versión_01_2023

FORM 2.

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Risaralda.
1.2. Municipio: Santa Rosa de cabal
1.3. Localidad/comuna: Zona centro
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Zona centro
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Apolo XI Bar
1.6. Lugar de la actividad: Apolo XI Bar
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Secretaria Salud

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda.
2.2. Municipio: Santa Rosa cabal
2.3. Localidad/comuna: Zona centro
2.4. Barrio: Zona centro

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: 1861119

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Jhon	Fredy	Arcote	Cordona.

3.4. Caracterización persona atendida

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

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

3.5. Sexo asignado al nacer: ☒ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1980 01 26
3.6.1 Edad en años cumplidos: 45 años
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? Secretaria Salud

5. No. Condones

○ 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

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? [ ]

SERVICIO

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 Shen Brady Alzate cardona identificado(a) con 1186116119 No. _____ de _____ 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 ( ) 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 (✓) 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 ( ) 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 3113338559 o mi correo electrónico Shenbradyalzate2017@gmail.com.

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 (✓)

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 24 del mes de Octubre del año 2025

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Shen Brady Alzate cardona
Tipo y número de identificación: 1186116119

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Patricia Chivara Acevedo
Tipo y número de identificación: 42103854.

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 10 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos			
○ Sífilis	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos			
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Antígenos			
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 10 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(✓) VIH	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos	qd - bio	F0205W3E03	2027 | 02 | 05

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

Cédula de ciudadanía 42103854.

Versión_01_2023

FORM 2.

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Risaralda
1.2. Municipio: Santa Rosa
1.3. Localidad/comuna: Zona Centro
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Zona Centro
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Bar apolo
1.6. Lugar de la actividad: Zona centro
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: secretaria de salud

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Caldas
2.2. Municipio: Manizales
2.3. Localidad/comuna: comuna 10
2.4. Barrio: Bajo Andes

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: 1053804862

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Dessica	Jimena	Gonzalez	Bedoya

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: 15 | 10 | 25 | ○ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1990 | 08 | 15
3.6.1 Edad en años cumplidos: 35

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?

5. No. Condones

○ 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

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH) | 7. IPS de atención regular | Observaciones

Realiza encuesta de valoración de riesgo ⊗ SI ○ NO

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

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 Jessica Dinora Gonzalez Bedoya identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 1053804862 de Manizales 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 ( ) 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 ( ) 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 3008442304 o mi correo electrónico _____.

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 (X) 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 (X) NO ( ) No aplica ( )**

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 (X) 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 24 del mes de Octubre del año 2025

4210305

Jessica G.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Jessica Dinora Gonzalez B.
Tipo y número de identificación: CC 1053804862

Patricia Quintero M.

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Jessica Gonzalez
Tipo y número de identificación: CC 1053804862

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 10 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento (A A A A / M M / D D)
(X) VIH	( ) Reactivo (•) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 10 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos	qd- 5.0	FD205W8E03	2027 | 02 | 05

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

10. Datos de quien realiza la prueba Nombre: Jessica G. Firma: Jessica G Cédula de ciudadanía: 1053804862

Versión_01_2023

FORM 2

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Risaralda
1.2. Municipio: San Rosa
1.3. Localidad/comuna: CENTRO
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Centro
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Bar Apolo
1.6. Lugar de la actividad: Apolo
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Secretaria de salud.

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: San Rosa
2.3. Localidad/comuna: Centro
2.4. Barrio: Centro

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: 1.033.8-09-097

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Paola		Peña	Guerra

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 | 12 | 03 | ○ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1997 | 27 | Abril
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: Comfamar

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?

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 Paola Peña Guerra identificado(a) con 1.033.809.097 No. _____ de _____ 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: ◯ VIH ◯ 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 ( ) 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 ( ) 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 3203324582 3015338703 o mi correo electrónico _____.

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 ( ).

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 24 del mes de Octubre del año 2025.

Paola Peña Guerra
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Paola Peña Guerra
Tipo y número de identificación: 1.033.809.097

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Patricia Quiroga Acosta
Tipo y número de identificación: 42103854

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 10 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento (A A A A / M M / D D)
◉ VIH	◯ Reactivo ◉ No reactivo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos			
◯ Sífilis	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos			
◯ Hepatitis B	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Antígenos			
◯ Hepatitis C	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 10 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
◯ VIH	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos	qd - 610	F0205WE03	2027 | 02 | 05

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

10. Datos de quien realiza la prueba Nombre: Patricia Q | Firma | Cédula de ciudadanía: 42103854

Version_01_2023

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

FORM 2

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: ANTIOQUIA
1.2. Municipio: SANTA ROSA DE CABAL
1.3. Localidad/comuna: CENTRO
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: CENTRO
1.5. Tipo de lugar de la actividad: APOYO
1.6. Lugar de la actividad: APOYO
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Secretaria de salud

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: ANTIOQUIA
2.2. Municipio: MEDELLIN
2.3. Localidad/comuna: 15
2.4. Barrio: TRACCI

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: 1087560948

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
MARIA	CAMILA	ARENAS	AGUDELO

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: 2023 | 13 | 02 | ○ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 30 | 04 | 1998
3.6.1 Edad en años cumplidos: 25

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

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

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 solo 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?

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 MARIA CAMILA ARENAS AGUDELO identificado(a) con 1087560948 No. _____ de _____ 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 ( ) 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 ( ) 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 3226983309 o mi correo electrónico _____.

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 (X) 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 (X) 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 (X) NO ( ) No aplica ( )

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 24 del mes de OCTUBRE del año 2025

+CAMILA AGUDELO

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: MARIA CAMILA ARENAS
Tipo y número de identificación: 1087560948

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Patricia Quiroga
Tipo y número de identificación: 42103854

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 10 | 24.

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento (A A A A / M M / D D)
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 10 24.

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Positivo (X) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos	ad-610	F0205W3E03	2027 02 05

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

10. Datos de quien realiza la prueba Nombre: Patricia Q Firma: _____ Cédula de ciudadanía: 42103854.

Versión_01_2023

FORM 2.

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Risaralda
1.2. Municipio: Santa Rosa de Cabal
1.3. Localidad/comuna: Zona Centro
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Zona Centro
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Santa Rosa de Cabal
1.6. Lugar de la actividad: Zona Centro
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Secretaria de Salud

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Antioquia
2.2. Municipio: Medellin
2.3. Localidad/comuna: Comuna 11
2.4. Barrio: Laureles

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: 1017265376

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Angie		Bejarano	Mosquera

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: 2023 | 10 | 13 | ○ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1998 | 12 | 15
3.6.1 Edad en años cumplidos: 26

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: no tiene.

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?

SERVICIO

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 Angie Bejarano Mosquera identificado(a) con Cedula de Ciudadania No. 1017265376 de Medellin 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 ( ) 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 ( ) NO (X) 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 3198870152 - 3228704929 o mi correo electrónico _____.

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 ( ).

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 24 del mes de Octubre del año 2025

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Angie Bejarano Mosquera
Tipo y número de identificación: 1017265376

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Patricia Quiroz M
Tipo y número de identificación: 42103857

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida y entrega de resultado 2025 | 10 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			A A A A M M D D
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			A A A A M M D D
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			A A A A M M D D
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			A A A A M M D D

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha prueba rápida y entrega de resultado 2025 | 10 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos	ad-gold	F0205W3E05	2027 | 02 | 05

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

10. Datos de quien realiza la prueba Nombre Patricia Quiroz. Firma _____ Cédula de ciudadanía 42103857

Versión_01_2023

FORM 2.

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Risaralda
1.2. Municipio: Santa Rosa
1.3. Localidad/comuna: centro
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: CRATRO
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Bar Apdo
1.6. Lugar de la actividad: Bar Apdo
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Secretaria de Salud

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Santa Rosa
2.3. Localidad/comuna: Centro
2.4. Barrio: Centro.

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: 1007233927

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Juliana		Arias	Herrera

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 | 10 | 15. | ○ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual

3.6. Fecha de nacimiento: 2000 | 06 | 28 | 3.6.1 Edad en años cumplidos: 25

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: no tiene

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?

SERVICIO

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 Juliana Arias identificado(a) con 1007233927 No. _____ de _____ 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: (●) VIH ( ) 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 ( ) 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 ( ) 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 3136750550 o mi correo electrónico _____.

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 ( )**

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 24 del mes de Octubre del año 2025

Juliana Arias H.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Juliana Arias H
Tipo y número de identificación: 1007233927

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Patricia Quevedo
Tipo y número de identificación: 42103804.

7. Datos de la primera prueba

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	( ) Reactivo (●) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			AAAA MM DD
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			AAAA MM DD
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA MM DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA MM DD

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 10 | 24.

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos	ad-bio	FO205N3E03	2027 | 02 | 05

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

Patricia Quevedo | Firma | Cédula de ciudadanía 42103804

Versión_01_2023

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

FORM 2.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Risaralda.
1.2. Municipio: Sta Rosa
1.3. Localidad/comuna: Centro.
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Centro
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Bar
1.6. Lugar de la actividad: Centro
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Secretaria de salud

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: (Valle) Risaralda
2.2. Municipio: Sta Rosa
2.3. Localidad/comuna: Centro.
2.4. Barrio: 7 de agosto

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: 66915910

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Marina		Lerma	Balanta.

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: 18/5/84 | ○ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 18/05/1984
3.6.1 Edad en años cumplidos: 41 años.

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: Ensana1

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?

SIVIGILA 0-C-V-2023

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 Martza Lorena Lerma identificado(a) con CC No. 60915910 de _____ 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 (✓) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (●) VIH ( ) 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 ( ) 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 ( ) 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 No responde. o mi correo electrónico No responde.

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 ( )

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 24 del mes de Octubre del año 2025.

Martza Lerma.
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Martza Lerma
Tipo y número de identificación: CC 60915910

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Patricia Quiroga A
Tipo y número de identificación: 42103854

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida y entrega de resultado 2025 | 10 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento (AAAA | MM | DD)
(●) VIH	( ) Reactivo (●) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

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	qd-610	F0205W3E05	2027 | 02 | 05

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

10. Datos de quien realiza la prueba Nombre Patricia Quiroga Firma _____ Cédula de ciudadanía 42103854

Versión_01_2023

FORM 2.

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Risaralda
1.2. Municipio: Sta Rosa
1.3. Localidad/comuna: Centro
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Centro
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Apoyo
1.6. Lugar de la actividad: Apoyo
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Secretaria de salud

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Sta Rosa
2.3. Localidad/comuna: Centro.
2.4. Barrio: Centro.

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: 1105057613

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Mariela		Rubio	Ortiz

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: 2023 03 10 — ○ POB. GENERAL ○ TB *País de procedencia: colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 10 09 2007
3.6.1 Edad en años cumplidos: 18 años

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?

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 Mariela Rubio Ortiz. identificado(a) con CC No. 1105057763 de Tolima 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 (✓) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (●) VIH ( ) 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 ( ) 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 ( ) 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 3113286493 - 3143642174 o mi correo electrónico _____.

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 ( )**

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 24 del mes de Octubre del año 2025.

MARIELA RUBIO ORTIZ

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: MARIELA RUBIO ORTIZ
Tipo y número de identificación: T.I 1105057763

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Patricia Quiroga Acevedo
Tipo y número de identificación: 42103854

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 24 | 10

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento (A A A A / M M / D D)
(●) VIH	( ) Reactivo (●) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 24 | 10

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento (A A A A / M M / D D)
(✓) VIH	( ) Positivo (●) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos	ad-bio	F020SW3E03	2027 / 02 / 05

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

Nombre Patricia Q Firma Cédula de ciudadanía 42103854.

Versión_ 01_ 2023

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

FORM 2

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Quindío
1.2. Municipio: Armenia
1.3. Localidad/comuna: Oso Negro
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Santa Rosa C.
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Santa Rosa Polo
1.6. Lugar de la actividad: Santa Rosa
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Secretaria De Salud

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Quindío
2.2. Municipio: Armenia
2.3. Localidad/comuna: Comuna 10
2.4. Barrio: la manela

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: 1094891173

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Alisson	Katherine	montoya	Ramirez

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: ___ | ○ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ◉ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 30 | 05 | 2002
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 civil
○ Motivación propia ○ Autotest Positivo ○ Autotest Negativo ○ Interés en PrEP ○ Redes Sociales/Casuales ○ www.tecuidamos.com.co

5. No. Condones

6. Programa PrEP (Aplica solo 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?

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 Alison Katherine Montoya identificado(a) con CC No. 1094989173 de _____ 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 ( ) 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 ( ) 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 ( ) 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 3216980504-3234378074 o mi correo electrónico _____.

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 (X) NO ( ) No aplica ( ).

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 24 del mes de octubre del año 2025

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Alison Montoya	Nombre y Apellido: Patricia Quiroga M
Tipo y número de identificación: 1094989173	Tipo y número de identificación: 42103854

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 10 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento (A A A A / M M / D D)
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 10 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento (A A A A / M M / D D)
(X) VIH	( ) Positivo (X) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos	Qnd-Lab	P0205W3E03	2027 / 02 / 05

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

10. Datos de quien realiza la prueba Nombre: Patricia Q Firma: _____ Cédula de ciudadanía: 42103854

Versión_01_2023

FORM 2

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Risaralda
1.2. Municipio: Sta Rosa
1.3. Localidad/comuna: Centro
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Santa Rosa C.
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Apolo
1.6. Lugar de la actividad: Apolo
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Secretaria de salud

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Sta Rosa
2.3. Localidad/comuna: Centro
2.4. Barrio: Centro

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: 1006035688
3.3. Primer nombre: Angie
3.3.1. Segundo nombre: Lorena
3.3.2. Primer apellido: Suaza
3.3.3. Segundo apellido: Muñoz

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 02 10 | ○ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 02 10 2001
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 ○ Excepción ○ Fondo de atención en salud para PPL
3.8.1. Nombre de la aseguradora: coosalud

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?

5. No. Condones

○ 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

6. Programa PrEP (Aplica solo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH) | 7. IPS de atención regular | Observaciones

Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ⊗ NO

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

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 Angie Lorena Sooza Muñoz identificado(a) con 1006035688 No. _____ de _____ 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: ◯ VIH ◯ 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 ( ) 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 ( ) 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 3107231183 – 3233831187 o mi correo electrónico _____.

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 ( )

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 24 del mes de Octubre del año 2025.

Angie M.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO

Nombre y Apellido: Angie Muñoz

Tipo y número de identificación: 1006035688

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO

Nombre y Apellido: Patricia Quiroga Acevedo

Tipo y número de identificación: 42103854

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 10 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento (AAAA MM DD)
(X) VIH	◯ Reactivo ● No reactivo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos			
◯ Sífilis	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos	2d-bio	F0205W3E03	2027 02 05
◯ Hepatitis B	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Antígenos			
◯ Hepatitis C	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 10 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento (AAAA MM DD)
(X) VIH	◯ Positivo ● Negativo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos	2d-bio	F0205W3E03	2027 02 05

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

10. Datos de quien realiza la prueba — Nombre: Patricia Q — Firma: _____ — Cédula de ciudadanía: 42103854.

Versión_01_2023

FORM 2

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Risaralda
1.2. Municipio: Santa Rosa.
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Bar apolo II.
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Bar Apolo
1.6. Lugar de la actividad: Esq 15 Calle 19.
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Secretaria de salud.

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Sta Rosa
2.3. Localidad/comuna: Centro
2.4. Barrio: Centro

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: 1006373103

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Estefany		Muñoz	Andrugüia

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: 15 / 10 / 2023 | ⊗ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 21 / 04 / 2000
3.6.1 Edad en años cumplidos: 25 años.

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: Ensanid

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?

5. No. Condones

○ 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

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?

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 ESTEFANY MUÑOZ identificado(a) con 1006373703
No. 1006373703 de CALDONIA 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 (X) Hepatitis B (X) 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 3113037855 - 3224932614 o mi correo electrónico _____.

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 (X) 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 (X) 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 (X) NO ( ) No aplica ( )

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 (X) 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 24 del mes de octubre del año 2025

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: STEFANY MUÑOZ ARANGO
Tipo y número de identificación: CC 1006373703

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Patricia Quintero Acevedo
Tipo y número de identificación: 42103854 pereira

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 10 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento (A A A A / M M / D D)
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 10 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento (A A A A / M M / D D)
(X) VIH	( ) Positivo (X) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos	ad-610	P0205W3E03	2027 / 02 / 05

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

10. Datos de quien realiza la prueba — Nombre: Patricia Quintero — Firma: [signature] — Cédula de ciudadanía: 42103854

E.S.E. Hospital Vicente de Paul Santa Rosa de Cabal Nivel I

REPORTE ITS (EXTRAMURAL) PIC FECHA: 24-10-2025

E.S.E. HOSPTAL SAN VICENTE DE PAUL - SANTA ROSA DE CABAL

No.	FECHA	DOCUMENTO IDENTIDAD	1er. NOMBRE	2do. NOMBRE	1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	SEXO		EPS	RESULTADO			
							F	M		VIH	HEPATITIS B	HEPATITIS C	TREPONEMA PALLIDUM
1	24-10-25	1006373103	Estefany		Muñoz	Anduquia	X		Ensanar1	NO reactivo	—	—	—
2	24-10-25	1006035688	Angie	Lorena	Suaza	Muñoz	X		Coosalud	No reactivo	—	—	—
3	24-10-25	1094891173	Alisson	Kathrine	Montoya	Ramirez	X		Salud Total	No reactivo	—	—	—
4	24-10-25	1050567613	Marieta		Rubio	Ortiz	X		subsidiado	No reactivo	—	—	—
5	24-10-25	66915910	Maritza		Lema	Balante	X		Ensanar1	No reactivo	—	—	—
6	24-10-05	1007233927	Juliana		Arias	Herrera	X		No Tiene	No reactivo	—	—	—
7	24-10-25	1017265376	Angie		Bejarano	Mosquera	X		No Tiene	No reactivo	—	—	—
8	24-10-25	1087560948	Maria	Camila	Arenas	Agudelo	X		Asmet Salud	No reactivo	—	—	—
9	24-10-25	10338.09097	Paola		Peña	Guerra	X		Famisanar1	No reactivo	—	—	—
10	24-10-25	1053804862	Jessica	Jimena	Gonzalez.	Bedoya	X		Nueva EPS.	NO reactivo	—	—	—
11	24-10-25	18616119.	Jhon	Fredy	Alzate	Cardona		X	Salud Total	No reactivo	—	—	—
12	24-10-25	1093.212225	Victor	Alfonso	Sanchez	Arrubla		X	Salud Total	No reactivo	—	—	—
13	24-10-25	18618539	Francisco	Javier	Triviño	Valencia		X	Salud Total	No reactivo	—	—	—
14	24-10-25	1007.192100	Juan	Carlos	Valencia	Montoya		X	Salud Total	No reactivo	—	—	—
15	24-10-25	1017259562	Erika	Yohana	Villa		X		Sisben Subsidiado	No reactivo	—	—	—
16											—	—	—
17											—	—	—
18											—	—	—

Angelica de los Rios

1088306697