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

Número ID formulario colectivo: 2154681

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

1.1 Fecha (AAAA/MM/DD): 2026 | 03 | 25

1.2. Departamento: Quindío

1.5. Tipo de lugar: Hospital

1.6. Nombre del lugar: Oficina PIC

1.3. Municipio: Pijao

1.7. Nombre de la organización/ institución: ESE Hospital Santa Ana

1.4. Barrio de la actividad: El Prado

1.8. Localidad/comuna de la actividad: N/A

Consecutivo	Nombres	Apellidos	Tipo de documento	Documento de identidad	Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD)	Sexo al nacer: Hombre	Sexo al nacer: Mujer	Régimen	Nombre EPS	Grupo poblacional	Recibió paquetes: SI	Recibió paquetes: NO	Recibió autotest: SI	Recibió autotest: NO	Cantidad de paquetes	Cantidad de condones	Aceptó información individual para pruebas de tamizaje: SI	Aceptó información individual para pruebas de tamizaje: NO	Canalizado a: Servicios de salud	Canalizado a: Servicios sociales	Canalizado a: Vacunación Hepatitis B	Canalizado a: Programa PrEP	Canalizado a: Otro	Canalizado a: Ninguno	Firma de quién recibe	Observaciones
1	Cesar Augusto	londoño Gonzalez	CC	1094908678	1989/07/19	X		C	Nueva	P.6.		X		X	0	10	X							X		
2	Maira lorena	parra jo Bergaño	CC	24.586259	1983/06/21		X	C	Sura	P.6		X		X	0	10	X							X	M.ª Lorena Parra jo	
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										

Powered by CamScanner

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

Número ID formulario colectivo: 2154681

Número de páginas FORM 1A.:

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión 01 2023

1.1. Tipo de entidad que realiza la actividad

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

1.2. Tipo de actividad

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

1.3. Fecha de la actividad: 2026 | 03 | 25

1.3.1. Duración promedio por participante: 30 minutos

2. TEMAS Y DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Nombre de la actividad: Tamizajes para VIH, Sífilis y Hepatitis B

Temas abordados: Asesoría y tamizajes

Cantidad de líderes que coordinaron el evento: 2

Hora de inicio y final de la actividad: 2:30 - 3:30 p.m

Se entregan condones individuales o por paquetes: Individuales

Qué incluye el paquete:

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

GRUPO CLAVE O PRIORIZADO INTERVENIDO*	P.G.							
3.1. Total participantes	2							
3.2. Número de paquetes de prevención	0							
3.3. Número de condones	20							
3.4. Número de autotest	0							
3.5. Personas direccionadas a servicios sociales y/o de salud	0							

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

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Tamizajes para VIH/Sífilis y Hepatitis B

CÓDIGO O NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:
Angela María Villa García, CC 37.390.085
Sandra Liliana García Soto CC 1116436936

TIPO DE FINANCIAMIENTO DE LA ACTIVIDAD

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

Powered by CamScanner