E.S.E. Hospital "Hz San Vicente de Paúl"

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL APIA
CARRERA 7 No. 7 -13 APIA RISARALDA
TEL. 3606780 FAX 3809156 CEL 3113440194

ACTIVIDAD No.	TIPO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Acceso a la Salud	Objetivo de la Actividad: Desplegar un equipo interdisciplinario compuesto por profesionales de diferentes áreas (Medicina, Enfermería, Psicología, Odontología, Auxiliar de Enfermería y Auxiliar en Higiene Oral) para garantizar el acceso de la población a las intervenciones de las RIAS, además, asegurar la disponibilidad de los insumos necesarios y suficientes para el desarrollo de las intervenciones tanto individuales como colectivas, garantizando una adecuada e integralidad de la atención con eficiencia administrativa, brindando a la población vulnerable.	8	$ 8,088,798	$ 8,088,797.70
4	Educación para la Salud y Tamizaje	Objetivo de la Actividad: Desarrollar y/o fortalecer factores protectores para la salud, así como identificar y gestionar el riesgo en salud de la población vulnerable o en riesgo (ASH, TAMIS, TS, HC, LESB, PPL, personas en riesgo de ITS, migrantes, víctimas del conflicto armado, consumidores de SPA e población general), mediante sesiones de educación en salud colectiva en la prevención de riesgos y la promoción de factores de protección. Tamizaje de vacunación de enfermedades de transmisión sexual (VIH y SFilis), garantizando el cargue de la información en la plataforma dispuesta por la Dirección Local de Salud, el diligenciamiento del registro de asistencia, el consentimiento informado para la realización de pruebas de ITS y el registro individual para la entrega de resultados.	80	$ 151,892	$ 8,088,879.80
7	Fortalecimiento de redes	Objetivo de la Actividad: Fortalecer las redes sociales y comunitarias en salud mental del municipio, mediante el desarrollo de capacidades de sus miembros para el afrontamiento de las principales problemáticas a intervenir, tales como consumo de SPA, prevención del suicidio, cuidado de cuidadores de pacientes con trastornos mentales, violencia sexual, entre otros.	1	$ 327,193	$ 327,193.07
9	Tamizaje	Objetivo de la Actividad: Administrar pruebas para consumo de sustancias psicoactivas a la población con sospecha de patrones de consumo problemático o personas con riesgo en salud mental, mediante la realización de pruebas de tamizaje en salud mental (AUDIT, ASSIST, SRQ, RQC), con el fin de identificar población de riesgo y canalizarla a los servicios de salud, asimismo las rutas de atención integral en salud mental requeridas según el nivel de riesgo.	13	$ 123,884	$ 1,610,490.42
12	Jornada de vacunación	Objetivo de la Actividad: Promover las jornadas de vacunación de acuerdo con los lineamientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones, a fin de lograr esquemas útiles con todos los biológicos en la población susceptible.	2	$ 399,919	$ 799,838.48
13	Educación y comunicación para la salud	Objetivo de la Actividad: Realizar intervenciones de educación y comunicación con padres, madres y cuidadores, orientados a promover prácticas de crianza relacional, resolución pacífica de conflictos y fortalecimiento de habilidades para el cuidado y acompañamiento de niñas, niños y adolescentes. Las sesiones incluirán jornadas grupales, talleres participativos y estrategias comunitarias con apoyo intersectorial.	1	$ 324,376	$ 324,375.76
20	Educación y comunicación para la salud	Objetivo de la Actividad: Realizar jornadas educativas comunitarias orientadas a la prevención de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), promoviendo prácticas de autocuidado, higiene y correcta apertura, dirigidas a la población general del municipio.	1	$ 302,993	$ 302,993.37
16	Educación y comunicación para la salud	Objetivo de la Actividad: Realizar jornadas educativas sobre el uso adecuado de elementos de protección personal, prevención de intoxicamiento por productos químicos y prevención de tabaquismo enseñar al trabajo en espacios confinados, dirigidas a trabajadores informales de la zona rural, con el fin de fortalecer conocimientos y prácticas seguras en el entorno laboral informal.	1	$ 351,093	$ 350,092.27
18	Intervención para la Salud	Objetivo de la Actividad: Promover la higiene y salud bucal para primera infancia, infancia y adolescencia, mediante el fortalecimiento de la estrategia "Hay dominación bien Contigo", dirigida a cuidadores de niños, adolescentes y población gestante menor de 18 años, generando se asocia a intervenciones de salud bucal y jornadas de intensificación de aplicación de flúor en barniz.	1	$ 436,127	$ 436,126.69
14	Gestión en salud pública	Actividad: Realizar Monitoreo Rápido de Vacunación de trabajores en sala urbana del municipio con el respectivo análisis, socializar los resultados e implementar acciones, según hallazgos identificados, dando cumplimiento a lo establecido en los lineamientos PAI 2026. Producto: Base de datos con análisis - informe de cobertura por grupos etéreos y vacunadores	1	$ 3,075,711	$ 3,075,711.08
					$32,145,850

Contrato Intoreadministrativo 018 noviembre 2025
Actividades realizadas del 18 de abril al 19 mayo

JHON ALEJANDRA LOPEZ PATIÑO
Profesional Universitario

	REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE APÍA NIT 891.480.022-3 SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÒN INFORME DE ACTIVIDADES	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
/ersión:	Vigencia:07-2020	

INFORME MES DE 18 DE ABRIL AL 19 DE MAYO

ACTIVIDAD NO.	TIPO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD RURAL	CANTIDAD URBANA
1	Jornadas de Salud	Objetivo de la Actividad: Desplegar un equipo interdisciplinario compuesto por profesionales de diferentes áreas (Medicina, Enfermería, Psicología, Odontología, Auxiliar de Enfermería y Auxiliar en Higiene Oral) para garantizar el acceso de la población a las intervenciones de las RIAS. Además, asegurar la disponibilidad de los insumos necesarios y suficientes para el desarrollo de las intervenciones tanto individuales como colectivas, garantizando una cobertura e integralidad de la atención con eficiencia administrativa, incluyendo a la población vulnerable.	3	
3	Educación para la Salud y Tamizaje	Objetivo de la Actividad: Desarrollar y/o fortalecer factores protectores para la salud, así como identificar y gestionar el riesgo en salud de la población vulnerable o en riesgo (HSH, TRANS, TS, HC, LESB, PPL, personas en riesgo de ITS, migrantes, víctimas del conflicto armado, consumidores de SPA y población general), mediante acciones de educación en salud enfocadas en la prevención de riesgos y la promoción de factores de protección. También se realizará la tamización de enfermedades de transmisión sexual (VIH y sífilis), garantizando el cargue de la información en la plataforma dispuesta por la Dirección Local de Salud, el diligenciamiento del registro de asistencia, el consentimiento informado para la realización de pruebas de ITS y el registro individual para la entrega de resultados.	30	
7	fortalecimiento de redes	Objetivo de la Actividad: Fortalecer las redes sociales y comunitarias en salud mental del municipio, mediante el desarrollo de capacidades de sus miembros para el afrontamiento de las principales problemáticas a intervenir, tales como consumo de SPA, prevención del suicidio, cuidado de cuidadores de pacientes con trastornos mentales, violencia evitable, entre otros.	1	
9	tamizaje	Objetivo de la Actividad: Administrar pruebas para consumo de sustancias psicoactivas a la población con sospecha de patrones de consumo problemático o personas con riesgo en salud mental, mediante la realización de pruebas de tamizaje en salud mental (AUDIT, ASSIST,	1	12

		SRQ, RQC), con el fin de identificar población de riesgo y canalizarla a los servicios de salud, activando las rutas de atención integral en salud mental requeridas según el nivel de riesgo.		
12	jornada de vacunación	Objetivo de la Actividad: Promover las jornadas de vacunación de acuerdo con los lineamientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones, a fin de lograr coberturas útiles con todos los biológicos en la población susceptible.		2
13	Educación y comunicación para la salud	Objetivo de la Actividad: Realizar intervenciones de educación y comunicación con padres, madres y cuidadores, orientadas a promover prácticas de crianza respetuosa, resolución pacífica de conflictos y fortalecimiento de habilidades para el cuidado y acompañamiento de niños, niñas y adolescentes. Las acciones incluirán jornadas grupales, talleres participativos y estrategias comunitarias con apoyo interinstitucional.	1	
15	Educación y comunicación para la salud	Objetivo de la Actividad: Realizar jornadas educativas comunitarias orientadas a la prevención de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), promoviendo prácticas de autocuidado, higiene y consulta oportuna, dirigidas a la población general del municipio.		1
16	Educación y comunicación para la salud	Objetivo de la Actividad: Realizar jornadas educativas sobre el uso adecuado de elementos de protección personal, prevención de intoxicaciones por productos químicos y prevención de tuberculosis asociada al trabajo en espacios confinados, dirigidas a trabajadores informales de la zona rural, con el fin de fortalecer conocimientos y prácticas seguras en el entorno laboral informal.	1	
18	Información para la Salud	Objetivo de la Actividad: Promover la higiene y salud bucal para primera infancia, infancia y adolescencia, mediante el fortalecimiento de la estrategia "Soy Generación Más Sonriente", dirigida a cuidadores de niños, adolescentes y población gestante menor de 18 años, garantizando su acceso a intervenciones de salud bucal y jornadas de intensificación de aplicación de flúor en barniz.		1
19	Gestión en salud pública	Realizar Monitoreo Rápido de Vacunación de trazadores en zona urbana del municipio con el respectivo análisis, socializar los resultados e implementar acciones, según hallazgos identificados, dando cumplimiento a lo establecido en los lineamientos PAI 2026. Producto: Base de datos con gráficos - Informe de coberturas por grupos etéreos y conclusiones		1

	REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE APÍA NIT 891.480.022-3 SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
ersión:	Vigencia:07-2020	

JHOANA PAOLA POSADA MOLINA
Gerente

	REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE APÍA NIT 891.480.022-3 SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN REGISTRO ACTIVIDADES	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

ACTIVIDAD 1

Desplegar un equipo interdisciplinario conformado por profesionales de Medicina, Enfermería, Psicología, Odontología, Auxiliar de Enfermería y Auxiliar en Higiene Oral, para garantizar el acceso de la población a las intervenciones de las RIAS. Asegurar la disponibilidad de los insumos necesarios y suficientes para el desarrollo de las intervenciones individuales y colectivas, garantizando cobertura, integralidad y eficiencia administrativa, incluyendo a la población vulnerable.

	REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE APÍA NIT 891.480.022-3 SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN **REGISTRO ACTIVIDADES**	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

TIPO DE INTERVENCIÓN	Extramural
FECHA	Día – Mes- Año 17 04 2026
ACTIVIDAD	Jornada de salud en la vereda san Rafael
REPRESENTANTE LEGAL O LÍDER	Enfermera lider- Diana Marcela Aguilar
CODIGO CUPS	130304.

OBJETIVO:
Brindar atencion integral en salud a la comunidad mediante servicios extramurales enfocados en promocion, prevencion y control de enfermedades

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:
Durante la jornada extramural se llevaron a cabo diversas actividades orientadas a mejorar el bienestar fisico y mental de la comunidad. se conto con la participacion activa de los profesionales de salud quienes brindaron atencion oportuna y de calidad

1. atencion por psicologia: se realizaron 6 intervenciones individuales orientadas en la salud mental, brindando orientacion, escucha activa y acompañamiento a los usuarios
2. consulta medica y controles: se realizaron 20 valoraciones medicas generales seguimiento a pacientes con condiciones de riesgo. se brindaron recomendaciones sobre habitos saludables, adherencia a tratamientos y signos de alarma
3. atencion odontologica: se realizaron 22 valoraciones de salud oral, educacion en higiene bucal y deteccion de patologias. se orientaron los usuarios sobre tecnicas adecuadas de cepillado, uso de seda dental.
4. charlas educativas: se desarrollaron 2 espacios educativos dirigidos a la comunidad sobre temas como: promocion y prevencion estas charlas promovieron la participacion activa de los asistentes resolviendo dudas e incentivando el autocuidado

	REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE APÍA NIT 891.480.022-3 SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN **REGISTRO ACTIVIDADES**	E.S.E Hospital 7de San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

se logro atender a un numero significativo de usuarios de la comunidad
se Fortalecio la promocion y prevencion en salud
se evidencio buena participacion y aceptacion por parte de la poblacion.

la jornada se desarrollo de manera organizada, cumpliendo con los objetivos planteados y generando impacto positivo en la comunidad.

ANEXOS:

Fotográfica	X
Registro de asistencia	
Anexo documental	
Capturas de pantalla	
Material audiovisual	

OBSERVACIONES:_____

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

QUIÉN RECIBE LA ACTIVIDAD

	REPÚBLICA DE COLOMBIA **DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE APÍA** **NIT 891.480.022-3** **SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN** **REGISTRO ACTIVIDADES**	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

TIPO DE INTERVENCIÓN	Extramural
FECHA	Día – Mes- Año 24 - 04 - 2026
ACTIVIDAD	Jornada de salud en la vereda el vergel Resguardo Siatado
REPRESENTANTE LEGAL O LÍDER	Enfermera lider - Diana Marcela Aguillón
CODIGO CUPS	130304
OBJETIVO: realizar Jornada extramural de salud dirigida a la comunidad del resguardo indigena siatado, con el fin de brindar atencion integral, promocion de la salud, prevencion de enfermedades y orientacion sobre habitos saludables	
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD: Siendo las 9:00 am del dia 24-04-2026 viernes. se dio inicio a la jornada extramural de salud con la participación del equipo interdisciplinario conformado por profesionales de medicina, enfermeria, odontologia, psicologia y promocion y prevención. Durante la actividad se realizaron las siguientes acciones. • Atencion medica general a niños, adultos y adultos mayores. • valoracion y educacion por enfermeria. • controles de crecimiento y desarrollo • Atencion odontologica y orientacion en higiene oral. • Atencion psicologica y acompañamiento emocional. • charlas educativas sobre prevencion de enfermedades, salud sexual y reproductiva, autocuidado y adherencia a controles medicos la comunidad participo activamente en las actividades desarrolladas, mostrando disposicion e interes pa las orientaciones brindadas por el personal de salud. compromisos: continuar fortaleciendo las actividades de promocion y prevencion en la comunidad, realizar seguimiento a los usuarios remitidos; mantener espacios educativos dirigidos a la poblacion del resguardo indigena, programar futuras jornadas extramurales para garantizar continuidad en la atencion y se da por finalizada la jornada a las 6:00 PM	

ANEXOS:

	REPÚBLICA DE COLOMBIA **DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE APÍA** **NIT 891.480.022-3** **SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN** **REGISTRO ACTIVIDADES**	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

Fotográfica	X
Registro de asistencia	
Anexo documental	
Capturas de pantalla	
Material audiovisual	

OBSERVACIONES:

_____

_____

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

QUIÉN RECIBE LA ACTIVIDAD

	REPÚBLICA DE COLOMBIA **DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE APÍA** **NIT 891.480.022-3** **SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN** **REGISTRO ACTIVIDADES**	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

TIPO DE INTERVENCIÓN	Extramural
FECHA	Día – Mes- Año 15 - 05- 2026
ACTIVIDAD	Extramural vereda San Agustin
REPRESENTANTE LEGAL O LÍDER	Diana Marcela Aguillon Rios
CODIGO CUPS	I 30304
OBJETIVO: Brindar Atencion integral en salud a la poblacion, mediante la oferta de servicios de promocion y mantenimiento de la salud.	
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD: en el marco de las estrategias de promocion de la salud y prevencion de la enfermedad, se llevo a cabo una jornada de atencion integral dirigida a la comunidad de la vereda San Agustin alli se presto el servicio de: Medicina general: permitio la valoracion clinica de los usuarios, identificacion de factores riesgo y formulacion de tratamientos o remisiones segun la necesidad. En enfermeria, se realizaron actividades de educacion en salud, peso, talla, controles, toma de signos vitales, orientacion sobre habitos de vida saludable y canalizacion hacia otros servicios. en el area de vacunacion: se verificaron los esquemas de inmunizacion de acuerdo con el programa Ampliado de inmunizaciones (PAI), aplicando las vacunas correspondientes segun la edad y condicion de cada usuario, actualizando el registro adecuado de las dosis administradas. el servicio de odontologia, incluyo valoracion de la salud oral, asi como la identificacion de patologias que requieren tratamiento odontologico en Psicologia, se brindo orientacion y apoyo psicosocial, identificacion de factores de riesgo de salud mental y fortalecimiento de habilidades para el afrontamiento de situaciones emocionales y familiares se realizo la toma de citologias cervicouterinas a mujeres en edad fertil, con el fin de contribuir a la deteccion temprana de lesiones precursoras de cancer de cuello uterino. en total se atendieron 38 usuarios los cuales fueron muy receptivos a esta jornada	

	REPÚBLICA DE COLOMBIA **DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE APÍA** **NIT 891.480.022-3** **SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN** **REGISTRO ACTIVIDADES**	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

ANEXOS:

Fotográfica	X
Registro de asistencia	X
Anexo documental	
Capturas de pantalla	
Material audiovisual	

OBSERVACIONES:_____

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

QUIÉN RECIBE LA ACTIVIDAD

	REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE APÍA NIT 891.480.022-3 SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN REGISTRO ACTIVIDADES	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

ACTIVIDAD 3

Desarrollar y fortalecer factores protectores para la salud, así como identificar y gestionar riesgos en salud de poblaciones vulnerables o en riesgo (HSH, TRANS, TS, HC, LESB, PPL, personas en riesgo de ITS, migrantes, víctimas del conflicto armado, consumidores de SPA y población general). Las acciones incluirán educación en salud, tamización de ITS (VIH y sífilis), diligenciamiento de consentimientos informados, registros de asistencia y cargue de información en la plataforma dispuesta por la Dirección Local de Salud.

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión 01. 2021

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 Apia
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad San Rafael
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Rural
1.6. Lugar de la actividad: Vereda
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: Esc Hosp Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento Risaralda
2.2. Municipio Apia
2.3. Localidad/comuna Rural
2.4. Barrio vda San Rafael

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación 1193507997

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Mariana		Gamboa	Cano

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 2026 | 04 | 10 | (X) POB. GENERAL ○ TB *País de procedencia

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre (X) Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento 2003 | 07 | 14
3.6.1 Edad en años cumplidos 22

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

3.8. Régimen ○ Contributivo (X) 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) (X) No presenta síntomas

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa (X) 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

Esc Hosp Apia

Observaciones

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 Mariana Gamboa Cano Identificado(a) con CC
No. 1193537987 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 (X) 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 _____ 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 17 del mes de 04 del año 2026

Mariana Cano — Katherine Ruiz D.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Mariana Gamboa C.
Tipo y número de Identificación: 1193537987

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz D.
Tipo y número de identificación: 1054538263

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 04 | 17

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	HIV/SIFILIS DUO	06A04C01A	2027 / 06 / 07
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	HIV/SIFILIS DUO	06A04C01B	2027 / 06 / 07
( ) 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: 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			AAAA / MM / DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre: Katherine Ruiz D. | Firma: | Cédula de ciudadanía: 1054538263

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_01_2023

FORM 2.

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: Apia
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: San Gabriel
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Rural
1.6. Lugar de la actividad: Vereda
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE HSVP Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: Vda San Gabriel

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (A) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 42154671

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Bibiana	Patricia	Cano	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: 26/04/03 | (X) POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: _____

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre (X) Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1982 / 08 / 23
3.6.1 Edad en años cumplidos: 42

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

3.8. Régimen: ○ Contributivo (X) Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Confamilco Caribe

3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otras ITS
○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) (X) No presenta síntomas

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa (X) 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: ESE HSVP Apia

Observaciones

Versión_01_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 Bibiana Patricia cano identificado(a) con CC No. 42154671 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 (X) 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 _____ 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) (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 pueden 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 7 del mes de 04 del año 2024

Bibiana Cano

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Bibiana Patricia cano Pantoja
Tipo y número de identificación: 42154671

Katherine Ruiz D.

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz D.
Tipo y número de Identificación: 1088353603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2024 | 04 | 07

Prueba	Resultado		Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento		
(X) VIH	( ) Reactivo	(X) No reactivo	( ) Anticuerpos	(X) Antígenos/anticuerpos	HW/3AB10 DUO	06ADE02A5	2027	06	07
(X) Sífilis	( ) Positivo	(X) Negativo	(X) Anticuerpos		HW/3AB10 DUO	06ADE02A5	2027	06	07
( ) 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: 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			AAAA	MM	DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre Katherine Ruiz D. | Firma [signature] | Cédula de ciudadanía 1088353603

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión, 01, 2023

FORM 2

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 Apia

1.3. Localidad/comuna: Rural

1.4. Barrio donde se realiza la actividad San Rafael

1.5. Tipo de lugar de la actividad: Rural

1.6. Lugar de la actividad: Vereda

1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio ESE HSVP Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento Risaralda

2.2. Municipio Apia

2.3. Localidad/comuna Rural

2.4. Barrio vda San Rafael

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 1053812997

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Veronica	Andrea	Gil	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 2025 / 11 / 26 ● POB. GENERAL ○ TB *País de procedencia

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

3.6. Fecha de nacimiento 1992 / 03 / 21

3.6.1 Edad en años cumplidos 34

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

ESE HSVP Apia

Observaciones

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 Veronica Andrea G. identificado(a) con CC No. 1058912997 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 _____ 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 ( ) NO ( ). En caso de no cumplir con los requisitos mencionados, se me informó también, las rutas de acención 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 17 del mes de Oct del año 2021.

Veronica Andrea Gil Bedoya
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Veronica Andrea Gil Bedoya
Tipo y número de identificación: 1058912997

Katherine Ruiz Marin
FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz M.
Tipo y número de identificación: 1088336603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2021 10 17

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	VIH/SIFILIS DUO	06ADK024B	2023 06 07
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	VIH/SIFILIS DUO	06ADK024B	2023 06 07
( ) 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: 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			AAAA MM DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre Katherine Ruiz M. | Firma [signature] | Cédula de ciudadanía 1088336603

Versión 01 - 2021

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: Apia
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: San Rafael
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Rural
1.6. Lugar de la actividad: vereda
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE Hosp Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: Vda San Rafael

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: 1353183838

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Arturo	de Jesus	Gonzalez	Marin

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: _____

3.5. Sexo asignado al nacer	3.6. Fecha de nacimiento	3.6.1 Edad en años cumplidos
◉ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual	1974 / 02 / 03	53

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

ESE Hosp Apia

Observaciones

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 Aquiles De Jesus Gonzalez identificado(a) con CC No. 1853/838 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 (X) 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 _____ 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) (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 17 del mes de 04 del año 2026

Aquiles De Jesus Gonzalez — Katherine Ruiz Marin

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Aquiles De Jesus Gonzalez
Tipo y número de identificación: CC 1853/838

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz M.
Tipo y número de identificación: 1065556403

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 04 | 17

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	Alivio Duo	0260102B	2027 | 06 | 09
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	( ) Anticuerpos	Alivio Duo	0260102B	2027 | 06 | 09
( ) 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: 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			AAAA | MM | DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre Katherine Ruiz M. | Firma | Cédula de ciudadanía 1065556403

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión 01 2021

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.

Página 1

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Risaralda
1.2. Municipio: Apia
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: San Rafael
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Rural
1.6. Lugar de la actividad: vereda
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE Hosp Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: Vda San Rafael

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: 1088912519

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Jose	Leonardo	Quintero	Gil

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:

3.5. Sexo asignado al nacer: ◉ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 2006 | 10 | 12
3.6.1 Edad en años cumplidos: 19

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: ESE Hosp Apia

Observaciones

MUESTRA

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 José Leonardo Quiceno G. identificado(a) con CC No. 1058912519 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 (X) 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 Administradores 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 _____ 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) (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 17 del mes de 04 del año 2026

José Leonardo Quiceno — Katherine Ruiz Ramos

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: José Leonardo Quiceno G.
Tipo y número de identificación: 1058912519

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz R.
Tipo y número de identificación: 1088338603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rapida y entrega de resultado: 2026 | 04 | 17

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	Hiv/sífilis duo	0608024B	2027 / 06 / 09
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	Hiv/sífilis duo	0608024B	2027 / 06 / 09
( ) 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 rapida 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			AAAA / MM / DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre: Katherine Ruiz R. | Firma: [signature] | Cédula de ciudadanía: 1088338603

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.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Risaralda
1.2. Municipio: Apia
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: San Rafael
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Rural
1.6. Lugar de la actividad: vereda
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ex hosp Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: vda San Rafael

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 25144665

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Nydia	Patricia	Gonzalez	Nava

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 | (X) POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia:

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre (X) Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1972 02 03
3.6.1 Edad en años cumplidos: 53

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

3.8. Régimen: ○ Contributivo (X) Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Comfenalco valle

3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otros ITS
○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) (X) No presenta síntomas

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa (X) 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

ex hosp Apia

Observaciones

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 Nydia Patricia Gonzalez M. Identificado(a) con CC No. 25194665 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 (X) 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 fuí 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 _____ 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 ( ) 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 17 del mes de 04 del año 2026

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Nydia Patricia Gil.	Nombre y Apellido: Katherine Ruiz M.
Tipo y número de identificación: 25194665	Tipo y número de identificación: 1088353603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 04 | 17

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	Hiv/sífilis DO	06DDK024B	2027 | 06 | 07
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	Hiv/sífilis DO	06DDK024B	2027 | 06 | 08
( ) 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: 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			AAAA | MM | DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre: William O. O. | Firma: [signature] | Cédula de ciudadanía: 1054[illegible]

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.

RESOLUCIÓN 1619 DE 2015 FORMATO

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Risaralda
1.2. Municipio: Apia
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: San Rafael
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Rural
1.6. Lugar de la actividad: vereda
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ese Hosp Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: vda San Rafael

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1088336735

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Angeleidy		Betancourt	Guzman

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: 2026/04/07 | (X) POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia:

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre (X) Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1988/05/09
3.6.1 Edad en años cumplidos:

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

3.8. Régimen: ○ Contributivo (X) Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: confenalco valle

3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otros ITS
○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) (X) No presenta síntomas

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa (X) 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: ese Hosp Apia

Observaciones:

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 Angelidy Betancourt Guzman identificado(a) con CC No. 1088536735 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 (X) 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 _____ 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 ( ) 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 pueden contactarme y ofertar otros servicios de salud, programas de promoción y prevención entre otros.

Este documento se firma el día 17 del mes de 04 del año 2026

Angelidy Betancourt G

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: ANGELIDY BETANCOURT G
Tipo y número de identificación: 1088536735

Katherine Ruiz Mario

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz M
Tipo y número de identificación: 1095537603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 04 | 17

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	HIV/SIFILIS DUO	06ADK024B	2027 06 07
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	HIV/SIFILIS DUO	06ADK024B	2027 06 07
( ) 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: 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			AAAA MM DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre: Katherine Ruiz M | Firma: KRM | Cédula de ciudadanía: 1095537603

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión 04 - 2023

FORM 2

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: Apia
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: San Rafael
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Rural
1.6. Lugar de la actividad: Vereda
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE HSVP Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: Vda San Rafael

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: 9957547

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Mirley	De Jesus	Cano	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: AAAA MM DD | ◉ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia:

3.5. Sexo asignado al nacer	3.6. Fecha de nacimiento	3.6.1 Edad en años cumplidos
◉ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual	1978 / 05 / 21	47

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: Asmet Salud

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

ESE HSVP Apia

Observaciones

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

SIVIGILA

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 Mirlex De Jesus cano Ramirez identificado(a) con CC No. 99157547 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 (X) 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 el 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 _____ 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) (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 17 del mes de 04 del año 2026

Mirlex Cano — Katherine Ruiz Tobon

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Mirlex cano Ramirez
Tipo y número de Identificación: CC 99157547

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz
Tipo y número de Identificación: 1088537603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 04 | 17

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	Hiv/sífilis Duo	D6B0K024B	2027 06 07
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	Hiv/sífilis Duo	D6B0K024B	2027 06 07
( ) 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: 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			AAAA MM DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre Katherine Ruiz | Firma [signature] | Cédula de ciudadanía 1088537603

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión 01 2023

FORM 2

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: Apia
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: San Rafael
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Rural
1.6. Lugar de la actividad: vereda
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: ese HSVP APIA

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: vda San Rafael

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 18531035

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
leonel	de Jesus	Gonzalez	Zuleta

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 | (X) POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: _____

3.5. Sexo asignado al nacer: (X) Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1969 | 06 | 10
3.6.1 Edad en años cumplidos: 55

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

3.8. Régimen: ○ Contributivo (X) Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: confenalco valle

3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otras ITS
○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) (X) No presenta síntomas

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa (X) 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: HSVP APIA

Observaciones:

VERSIÓN 01

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 Leonel de Jesus Gonzalez identificado(a) con CC No. 1065931035 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 (X) 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 _____ 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) (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 17 del mes de 04 del año 2026

Leonel Gonzalez
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Leonel de Jesus Gonzalez
Tipo y número de identificación: CC 1065931035

Katherine Ruiz Marin
FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz M
Tipo y número de identificación: 1065533603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 04 | 17

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	Hiv/Sifilis Duo	0624DK024B	2027 06 09
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	Hiv/Sifilis Duo	0624DK024B	2027 06 09
( ) 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: 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			AAAA MM DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre Katherine Ruiz M | Firma KRM | Cédula de ciudadanía 1065533603

Versión 01 - 2021

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: Apia
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: San Rafael
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Rural
1.6. Lugar de la actividad: Vereda
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: Ex. Hosp Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: Vda San Rafael

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: 1088535358 535

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Jhon	Alexander	Gaviria	Echeverry

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: A A A A M M D D | ⊘ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia:

3.5. Sexo asignado al nacer: ⊘ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1996 04 06
3.6.1 Edad en años cumplidos: 30

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?

○ 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

Ex Hosp Apia

Observaciones

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 Jhon Alexander Rojas echeverry identificado(a) con CC No. 1085358535 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 (X) 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 _____ 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) (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 17 del mes de 04 del año 2026

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Jhon Alexander Rojas E.	Nombre y Apellido: Katherine Ruiz M.
Tipo y número de identificación: 1085358535	Tipo y número de identificación: 1088325760

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 04 | 17

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	HIV/SIFILIS DUO	0624062248	2027 | 06 | 07
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	HIV/SIFILIS DUO	0624062248	2027 | 06 | 07
( ) 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: 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			AAAA | MM | DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre: Katherine Ruiz M. | Firma: [signature] | Cédula de ciudadanía: 1088325760

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

Número ID formulario colectivo

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

1.1 Fecha (AAAA/MM/DD) 2026 | 04 | 17

1.2. Departamento Risaralda. 1.5. Tipo de lugar: Rural. 1.6. Nombre del lugar: Vereda San Rafael.

1.3. Municipio Pereira. 1.7. Nombre de la organización/ institución ESE Alcaldía.

1.4. Barrio de la actividad Vereda San Rafael. 1.8. Localidad/comuna de la actividad San Rafael.

Consecutivo	Nombres	Apellidos	Tipo de documento	Número de identidad	Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD)	Sexo al nacer: Hombre	Sexo al nacer: Mujer	Régimen	Nombre EPS	Grupo poblacional	Recibió preservativos: SI	Recibió preservativos: NO	Recibió asesoría: SI	Recibió asesoría: NO	Cantidad de preservativos	Cantidad de condones	Aceptó información sobre salud sexual para prestar servicios de consejería: SI	Aceptó información sobre salud sexual para prestar servicios de consejería: NO	Canalización: Servicios de salud	Canalización: Servicios sociales	Canalización: Vacunación regular (1)	Canalización: Programa PrEP	Canalización: Otro	Canalización: Ninguna	Firma de quién recibe	Observaciones
1	Mariana	Gamboa Cano	Cc	1193537987	14-07-2003				Salud total	Mestizo			X				X		X						Mariana Cano	
2	Bibiana Patricia	Cano Ramirez	CC	42154671	20-08-1982				Comfenalco valle	Mestizo			X				X		X						Bibiana Cano	
3	Veronica Andrea	Gil bedoya	CC	1058912997	21-03-1992				Salud total	Mestizo			X				X		X						Veronica A Gil Bedoya	
4	Arquimio De Jesus Gonzalez Marin	Gonzalez Marin	CC	18531838	03-02-1974				Salud total	Mestizo			X				X		X						Arquimio	
5	Jose Leonardo	Quicero gil	CC	1056891219	12-10-2006				Salud total	Mestizo			X				X		X						Leonardo Quicero	
6	Nydia Patricia	Gonzalez Marin	CC	25194465	03-02-1972				Comfenalco valle	Mestizo			X				X		X						Nidia Patricia G	
7	Angelcidy	Betancourt Guzman	CC	1088536335	03-08-1988				Comfenalco valle	Mestizo			X				X		X						Angelcidy Betancourt G	
8	Mirley de Jesus	Cano Ramirez	CC	9457547	21-05-1978				Asmet salud	Mestizo			X				X		X						Mirley de J	
9	Isabel de Jesus	Gonzalez Zuleta	CC	18531035	06-10-1969				Comfenalco valle	Mestizo			X				X		X						Isabel G.	
10	Shon Alexander	Marin echeverry	CC	1088536535	21-06-1996				Nueva EPS	Mestizo			X				X		X						J.A.	

Los datos aquí registrados se mantienen en confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Versión 01 - 2023

FORM 1A

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

Número ID formulario colectivo

Número de páginas FORM 1A.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

1.1. Tipo de entidad que realiza la actividad

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

1.2. Tipo de actividad

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

1.3. Fecha de la actividad 2024 | 04 | 17

1.3.1. Duración promedio por participante HH | 20.

2. TEMAS Y DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Nombre de la actividad: toma de pruebas rapidas de VIH y sifilis.

Temas abordados:

Cantidad de líderes que coordinaron el evento:

Hora de inicio y final de la actividad:

Se entregan condones individuales o por paquetes:

Qué incluye el paquete:

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

GRUPO CLAVE O PRIORIZADO INTERVENIDO*								
3.1. Total participantes	10.							
3.2. Número de paquetes de prevención								
3.3. Número de condones								
3.4. Número de autotest								
3.5. Personas direccionadas a servicios sociales y/o de salud								

*HSH, TRANS, TS, RC, 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: DYA V Santos.

CÓDIGO O NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: 1033538393.

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

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: Tolima
1.2. Municipio: Ibagué
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: vda el vergel
1.5. Tipo de lugar de la actividad: vda el vergel
1.6. Lugar de la actividad: Asentamiento Sicorado
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: ese Hsvp Ibagué

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Tolima
2.2. Municipio: Ibagué
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: vda el vergel

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1092910791

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Alba	Lucia	Silgama	Enebia

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: 2026 04 15 | (X) POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: _____

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre (X) Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1982 05 23
3.6.1 Edad en años cumplidos: 44

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? (X) SI ○ NO — 3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO (X) NO SABE

3.8. Régimen: ○ Contributivo (X) Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Asmet salud

3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otras ITS
○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) (X) No presenta síntomas

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

5. No. Condones

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa (X) Servicio de salud IPS/ESE ○ Amigo/a ○ Líder/Lideresa sociedad civil
○ Motivación propia ○ Autotest Positivo ○ Autotest Negativo ○ Inicarás en PrEP ○ Redes Sociales/Casuales ○ www.tecuidamos.com.co

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: ese Hsvp Ibagué

Observaciones:

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 Alba Lucia Siagama identificado(a) con CC No. 1082910797 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 (X) 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 _____ 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 pueden 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 04 del año 2026

Alba Lucia Siagama
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Alba Lucia Siagama
Tipo y número de identificación: 1082910797

Katherine Ruiz Marin
FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz Marin
Tipo y número de identificación: 1004053760

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rapida y entrega de resultado: 2026 | 04 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	HIV/SIFILIS DUO	0600K025B	2027 06 07
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	HIV/SIFILIS DUO	0600K025B	2027 06 07
( ) 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 rapida 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			AAAA MM DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre Katherine Ruiz M | Firma | Cédula de ciudadanía 1004053760

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: Apia
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: vda el vergel
1.5. Tipo de lugar de la actividad: vda el vergel
1.6. Lugar de la actividad: Asentamiento Siagama
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE Hsvp Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: vda el vergel

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1010031650

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Jose	Hermes	Siagama	Siagama

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: A A A A | M M | D D | (X) POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia:

3.5. Sexo asignado al nacer: (X) Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1984 | 11 | 25
3.6.1 Edad en años cumplidos: 41

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

3.8. Régimen: ○ Contributivo (X) Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Fomag

3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otras ITS
○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) (X) No presenta síntomas

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa (X) 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: ESE Hsvp Apia

Observaciones:

MEMORIA

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 Jose Hermes Siagama identificado(a) con CC No. 1010031650 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 (X) 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 _____ 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 04 del año 2026

Jose Hermes.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Jose Hermes Siagama
Tipo y número de identificación: 1010031650

Katherine Ruiz M

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz M
Tipo y número de identificación: 1098539603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 04 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	HIV/SIFILIS DUO	0GADM02W6	2027 / 06 / 09
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	HIV/SIFILIS DUO	0GADM02W6	2027 / 06 / 09
( ) 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: 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			AAAA / MM / DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre Katherine Ruiz M | Firma [signature] | Cédula de ciudadanía 1098539603

Version_01_2013

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: Apia
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: vda el vergel
1.5. Tipo de lugar de la actividad: vda el vergel
1.6. Lugar de la actividad: Asentamiento asistido
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE Hosp Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: vda el vergel

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1004966055

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Ddsys	Milena	enebia	Arasa

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: 2026 04 01 | (X) POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre (X) Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 2001 01 11
3.6.1 Edad en años cumplidos: 25

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? (X) SI ○ NO | 3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO ○ NO SABE

3.8. Régimen: ○ Contributivo (X) Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Asmet salud

3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otras ITS
○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) (X) No presenta síntomas

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa (X) 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: ESE Hosp Apia

Observaciones:

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 Delcys milena enebia identificado(a) con CC. No. 1006466055 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 (X) 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 3106348896 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 04 del año 2026

Delcys milena
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Delcys milena enebia
Tipo y número de identificación: 1006466055

Katherine Ruiz Marin
FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz M.
Tipo y número de identificación: 1085339603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 04 | 24

Prueba	Resultado		Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	(X) Reactivo	( ) No reactivo	( ) Anticuerpos	(X) Antígenos/anticuerpos	Hiv/sailo duo	0104012426	2027 | 06 | 07
(X) Sífilis	( ) Positivo	(X) Negativo	(X) Anticuerpos		Hiv/sailo duo	0104012426	2027 | 06 | 07
( ) 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: 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			AAAA | MM | DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre Katherine Ruiz M. | Firma | Cédula de ciudadanía 1085339603

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: Apia
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: vda el vergel
1.5. Tipo de lugar de la actividad: vda el vergel
1.6. Lugar de la actividad: Asentamiento Sucodo
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE Hosp Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: vda el vergel

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: 1004965201

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Ana	Libia	Rocaira	Enebia

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: 2026 / 04 / 10 | ◉ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia:

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ◉ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1994 / 09 / 18
3.6.1 Edad en años cumplidos: 32

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: Comfenalco valle

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: ESE Hosp Apia

Observaciones:

MAYO DE 2023

FORMA 2

SERVICIO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SIFILIS 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 Ana Libia Rocaira identificado(a) con CC No. 1006965201 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 (X) 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 _____ 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) (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 04 del año 2026

Ana Libia
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Ana Libia Rocaira
Tipo y número de identificación: CC 1006965201

Katherine Ruiz Marin
FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz M
Tipo y número de identificación: 1088353663

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultados: 2026 | 04 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	HIV/SIFILIS DUO	0260102AB	2027 06 07
(X) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos	HIV/SIFILIS DUO	0260102AB	2027 06 07
( ) 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 resultados: 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			AAAA MM DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre Katherine Ruiz M | Firma KRM | Cédula de ciudadanía 1088353663

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: Apia
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: vda el vergel
1.5. Tipo de lugar de la actividad: vda el vergel
1.6. Lugar de la actividad: Asentamiento Sicoda
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ese hosp Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: vda el vergel

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1004965203

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Karol	Dayanna	Rocallo	Cabrera

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: 2026 04 03 | (X) POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: _____

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre (X) Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 2000 09 27
3.6.1 Edad en años cumplidos: 25

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? (X) SI ○ NO — 3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO (X) NO SABE

3.8. Régimen: ○ Contributivo (X) 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 ○ Otros ITS
○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) (X) No presenta síntomas

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

5. No. Condones

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa (X) 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)

Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ○ NO

7. IPS de atención regular

ese hosp Apia

Observaciones

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 Kayol Dayanna Rocuia identificado(a) con CC No. 1004965203 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 (X) 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 el 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 _____ 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) (ND ( ). 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 04 del año 2026

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Kayol Dayanna Rocuia
Tipo y número de identificación: 1004965203

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruz M.
Tipo y número de identificación: 1098537603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 04 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	HIV/SIFILIS DUO	GGADG0248	2027 | 06 | 07
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	HIV/SIFILIS DUO	GGADG0248	2027 | 06 | 07
( ) 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: 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			AAAA | MM | DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre Katherine Ruz M. | Firma | Cédula de ciudadanía 1098537603

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: Apia
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: vda el vergel
1.5. Tipo de lugar de la actividad: vda el vergel
1.6. Lugar de la actividad: Asentamiento asociado
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ese hosp Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: vda el vergel

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1093559717

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Yesica	Marcela	Tuleta	Rocaida

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: 22/6/23 | T3 | (X) POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: ____

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre (X) Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 2006 | 05 | 28
3.6.1 Edad en años cumplidos: 19

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

3.8. Régimen: ○ Contributivo (X) 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 ○ Otros ITS
○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) (X) No presenta síntomas

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a Jornada educativa (X) Servicio de salud IPS/ESE ○ Amigo/a ○ Líder/Lideresa sociedad civil
○ Motivación propia ○ Autotest Positivo ○ Autotest Negativo ○ Interés en PrEP ○ Redes Sociales/Casuales ○ www.teculdamos.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: ESE Hosp Apia

Observaciones

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 Yesica Maicela Zuleta identificado(a) con CC No. 1093559717 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 (X) 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 _____ 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 ( ) NP ( ). 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 04 del año 2026

Yesica Zuleta
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Yesica Maicela Zuleta
Tipo y número de identificación: 1093559717

Katherine Ruiz Marin
FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz M.
Tipo y número de identificación: 1088539603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 04 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	HIV/SIFILIS DUO	0608006248	2027 | 06 | 07
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	HIV/SIFILIS DUO	0608006248	2027 | 06 | 07
( ) 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: 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			AAAA | MM | DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre Katherine Ruiz M. | Firma | Cédula de ciudadanía 1088539603

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_01_2023

FORM 2

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: Apia
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: vda el vergel
1.5. Tipo de lugar de la actividad: vda el vergel
1.6. Lugar de la actividad: Asentamiento sisirdo
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ese hosp Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: vda el vergel

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: 1090122330

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Paola	Andrea	Gnebia	Niaza

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: 2026 04 10 | ● POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: _____

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ● Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 2005 10 29
3.6.1 Edad en años cumplidos: 20

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 motivo 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: ese Hosp Apia

Observaciones:

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 Paola Andrea Enebia identificado(a) con CC No. 1090122330 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 (X) 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 _____ 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 04 del año 2026

Paola Andrea
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Paola Andrea Enebia
Tipo y número de Identificación: 1090122330

Katherine Ruiz Pinzon
FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz P.
Tipo y número de Identificación: 1085357603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 04 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	Hivisaliz DO	0600622418	2027 | 06 | 07
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	Hivisaliz DUO	0600622418	2027 | 06 | 07
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígeno			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: 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			AAAA | MM | DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre Katherine Ruiz P. | Firma | Cédula de ciudadanía 1085357603

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión 01 - 2023

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: Apia
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: vda el vergel
1.5. Tipo de lugar de la actividad: vda el vergel
1.6. Lugar de la actividad: Asentamiento Siacuda
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE Hosp Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: vda el vergel

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: 1004966049

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Elizabeth		Siacyuma	Enebia

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: 2026 | 03 | 30 — ⊗ POB. GENERAL ○ TB — *País de procedencia: _____

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1993 | 06 | 27
3.6.1 Edad en años cumplidos: 32

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: Asmet salud

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. ¿Que (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: ESE Hosp Apia

Observaciones

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 elizabeth siuguma e. identificado(a) con CC No. 1004966048 de _____ 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 (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) 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 _____ 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 ( ) 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 04 del año 2026

elizabeth

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: elizabeth siuguma
Tipo y número de identificación: 1004966048

Katherine Ruiz T.

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz T.
Tipo y número de identificación: 1085316603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rapida y entrega de resultado: 2026 | 04 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	HIV/SIFILIS DUO	0GARGG26B	2027 | 06 | 07
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	HIV/SIFILIS DUO	0GARGG26B	2027 | 06 | 07
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA | MM | DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA | MM | DD

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rapida 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			AAAA | MM | DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre Katherine Ruiz T. | Firma KRuiz | Cédula de ciudadanía 1085316603

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 Apia
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad vda el vergel
1.5. Tipo de lugar de la actividad: vda el vergel
1.6. Lugar de la actividad: Asentamiento cercado
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio ESE HSVP APIA

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento Risaralda
2.2. Municipio Apia
2.3. Localidad/comuna Rural
2.4. Barrio vda el vergel

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación 24791791

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Wz	Yeiy	Mioza	Ocuyama

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: 2006/03/29 | (X) POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia

3.5. Sexo asignado al nacer ○ Hombre (X) Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento 1981 / 12 / 19
3.6.1 Edad en años cumplidos 44

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

3.8. Régimen ○ Contributivo (X) 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) (X) No presenta síntomas

4. ¿Qué (Quién) lo motivo a realizarse la prueba?

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa (X) 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

ESE HSVP APIA

Observaciones

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 Luz Mery Niaza identificado(a) con CC No. 24791791 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 (X) 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 _____ 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 ( ) ND ( ). 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 04 del año 2026

Jesus Hernando Vizcaino — Katherine Ruiz Mesa

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Luz Mery Niaza
Tipo y número de Identificación: 24791791

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz Mesa
Tipo y número de Identificación: 1088353963

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultados: 2026 | 04 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	Hiv/sífilis duo	06ADK02AB	2027 06 07
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	Hiv/sífilis duo	06ADK02AB	2027 06 07
( ) 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 resultados: 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			AAAA MM DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre Katherine Ruiz M. | Firma KRM | Cédula de ciudadanía 1088353963

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: Apia
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: vda el vergel
1.5. Tipo de lugar de la actividad: vda el vergel
1.6. Lugar de la actividad: Asentamiento Sisuco
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE HSVP Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: vda el vergel
2.4. Barrio: Rural

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT

3.2. Número de identificación: 1092910451

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Gabriel	Angel	Guarzona	Tamasco

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 | (X) POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: _____

3.5. Sexo asignado al nacer: (X) Hombre ○ Mujer ○ Intersexual

3.6. Fecha de nacimiento: 1980 / 04 / 12

3.6.1 Edad en años cumplidos: 45

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? (X) SI ○ NO

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

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

3.8.1. Nombre de la aseguradora: Asmet salud

3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otras ITS

○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) (X) No presenta síntomas

4. ¿Que (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa (X) 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: ESE HSVP Apia

Observaciones:

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 Gabriel Angel Wazorna identificado(a) con CC No. 1042410754 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 _____ 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 ( ) ND ( ). 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 04 del año 2026

Gabriel Angel Wazorna
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Gabriel Angel Wazorna
Tipo y número de identificación: 1042410754

Katherine Ruiz Maya
FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz Maya
Tipo y número de identificación: 1085336603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 04 | 24

Prueba	Resultado		Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(✓) VIH	( ) Reactivo	(✓) No reactivo	( ) Anticuerpos (✓) Antígenos/anticuerpos	HW/SIFILIS DUO	06APR24B	2027 / 06 / 07
(✓) Sífilis	( ) Positivo	(✓) Negativo	(✓) Anticuerpos	HW/SIFILIS DUO	06APR24B	2027 / 06 / 07
( ) 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: 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			AAAA / MM / DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre: Katherine Ruiz M. | Firma: KRM | Cédula de ciudadanía: 1085336603

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: Apia
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: vda el vergel
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Asentamiento Sisvado
1.6. Lugar de la actividad: vda el vergel
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE Hosp Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: vda el vergel

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1135164246

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Maria	Deisy	Siaguma	Arce

3.4. Caracterización persona atendida

○ HSH ○ TRANS ○ PID ○ YS ○ HC ○ LESB ○ PPL ○ ITS ○ INMIGRANTE* ○ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
○ SPA ○ GESTANTE | Fecha de la última menstruación: 2023 / 04 / 06 | (X) POB. GENERAL ○ TS | *País de procedencia: _____

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre (X) Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 2004 / 12 / 01
3.6.1 Edad en años cumplidos: 20

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

3.8. Régimen: ○ Contributivo (X) Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Asmet salud

3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otras ITS
○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) (X) No presenta síntomas

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa (X) 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: ESE Hosp Apia

Observaciones:

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 Maria Deisy Siagama identificado(a) con CC No. 1135164246 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 (X) 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 _____ 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 04 del año 2026

Maria deisy

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Maria Deisy Siagama
Tipo y número de identificación: 1135164246

Katherine Ruiz Marin

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz D.
Tipo y número de identificación: 1088259260

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rapida y entrega de resultado: 2026 | 04 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	Uni/sifilis duo	0608624B	2027 | 06 | 09
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	Uni/sifilis duo	0608624B	2027 | 06 | 09
( ) 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 rapida 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			AAAA | MM | DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre Katherine Ruiz D. | Firma | Cédula de ciudadanía 1088259260

Versión_01_2021

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: Apia
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Vda el vergel
1.5. Tipo de lugar de la actividad: vda el vergel
1.6. Lugar de la actividad: Asentamiento Siayama
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE HSVP APIA

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: Vda el vergel

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: 1093533329

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Jose	de los santos	Membache yama	Siayama

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: AAAA MM DD | ⊗ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: _____

3.5. Sexo asignado al nacer: ⊗ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1971 | 08 | 05
3.6.1 Edad en años cumplidos: 54
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: Pijao salud
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 co VIH)

Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ○ NO

7. IPS de atención regular: ESE HSVP APIA

Observaciones

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 Jose de los Santos Membriegama identificado(a) con CC No. 1065335329 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 (X) 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 _____ 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 ( ) 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 04 del año 2026

Jose de los santos N — Katherine Ruiz Rojas

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Jose de los Santos Membriegama
Tipo y número de identificación: 1065335329

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz R.
Tipo y número de identificación: 1065937603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 04 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	HIV/SIFILIS DUO	0608062548	2027 | 06 | 09
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	HIV/SIFILIS DUO	0608062548	2027 | 06 | 09
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígeno			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: 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			AAAA | MM | DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre Katherine Ruiz R. | Firma | Cédula de ciudadanía 1065937603

Versión 01 - 2021

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: Boyacá
1.2. Municipio: Aquitania
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: vda el vergel
1.5. Tipo de lugar de la actividad: vda el vergel
1.6. Lugar de la actividad: Asentamiento Sisiado
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE HSVP Aquitania

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Boyacá
2.2. Municipio: Aquitania
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: vda el vergel

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1004965827

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Lina	Maria	Siagama	Cerbia

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 | (X) POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: _____

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre (X) Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: AAAA 08 19
3.6.1 Edad en años cumplidos: 28

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

3.8. Régimen: ○ Contributivo (X) Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Asmet Salud

3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otras ITS
○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) (X) No presenta síntomas

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa (X) 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: ESE HSVP Aquitania

Observaciones

SIVIGILA - 0

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 Lina Maria Siagama identificado(a) con CC No. 1004965827 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 (X) 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 fuí 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 el 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 _____ 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) (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 04 del año 2026

Lina Maria Siagama
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Lina Maria Siagama
Tipo y número de Identificación: 1004965827

Katherine Ruiz Maria
FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz M.
Tipo y número de Identificación: 1088537603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 04 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	HW/SIFILIS DUO	06ADK024B	2027 / 06 / 07
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	HW/SIFILIS DUO	06ADK024B	2027 / 06 / 07
( ) 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: 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			AAAA / MM / DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre Katherine Ruiz M. | Firma Kruiz | Cédula de ciudadanía 1088537603

Versión 01 - 2013

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.

Página 1

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Risaralda.
1.2. Municipio: Pereira.
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Vda El Varal
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Vda El Varal.
1.6. Lugar de la actividad: Asentamiento poblado.
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE Hsvp Pereira.

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Pereira.
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: Vda El Varal

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: 1135154376

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Jose	Norberto	Narvaez	Arce.

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: 2004 | 03 | 09
3.6.1 Edad en años cumplidos: 21.

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: Pisa 21.

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

Chocho.

Observaciones

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 JOSE NORBERTO NORIEGA RUIZ. identificado(a) con Medula. No. 1135184326. 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 (X) 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 fuí 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 3176194651. 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 ( ) 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 04 del año 26.

DIEGO NICOLAS RUIZ.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: DIEGO NICOLAS RUIZ.
Tipo y número de identificación: CC 1083911411.

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: JOSE NORBERTO NORIEGA.
Tipo y número de identificación: 1135184326.

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rapida y entrega de resultado: 2026 | 04 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	(X) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos	HIV/SYPHILIS DUO	0609DK024B	2027 / 06 / 07
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	( ) Anticuerpos	HIV/SYPHILIS DUO	0609DK024B	2027 / 06 / 27
( ) 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 rapida y entrega de resultado: 2026 | 05 | 02

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			AAAA / MM / DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre: Diana Ubaldo | Firma: Diana Ubaldo | Cédula de ciudadanía: 1085388548

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

Número ID formulario colectivo

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

1.1 Fecha (AAAA/MM/DD) 2026 | 04 | 24

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

1.3. Municipio Apia. | 1.7. Nombre de la organización/ institución Bosa Hoy.

1.4. Barrio de la actividad Vereda El Verdon. | 1.8. Localidad/comuna de la actividad Sitiado.

Consecutivo	Nombres	Apellidos	Tipo de documento	Documento de identidad	Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD)	Sexo M	Sexo F	Registrado	Nombre EPS	Grupo poblacional	Recibe paquete SI	Recibe paquete NO	Recibe autocuidado SI	Recibe autocuidado NO	Cantidad de paquetes	Cantidad de condones	Acepta información individual para pruebas de tamizaje SI	Acepta información individual para pruebas de tamizaje NO	Canalizado a: Servicios de salud	Servicios sociales	Vacunación Hepatitis B	Programa PIEC	ITS	Hogares	Firma de quién recibe	Observaciones
1	Alba Lucia	Siagama Enebia		1092910791	1982 05-23				Asmet Salud	indigena			X				X		X						Alba lucia	
2	Jose Hermes	Siagama Siagama		1010031650	1984 11-25				Fomag	indigena			X				X		X						Jose Herm	
3	Delcys Milena	Enebia Mirza		1004966055	2001 01-11				Asmet Salud	indigena			X				X		X						Delcys	
4	Aura Licia	Rocaira enebia		1004965201	1994 09-18				Coosalud valle	indigena			X				X		X						Aura	
5	Karol Dayanna	Rocaira enebia		1004965203	2000 09-27				Salud total	indigena			X				X		X						Karol	
6	Yesica Marcela	Zueta Rocaida		1093558717	2006 05-28				Salud total	indigena			X				X		X						Yesica	
7	Paola Andrea	Enebia Mirza		1090122330	2005 10-29				Salud Total	indigena			X				X		X						Paola	
8	Elisabeth	Siagama enebia		1004966048	1993 06-27				Asmet Salud	indigena			X				X		X						elizabeth	
9	Luz Mery	Mirza Dovigama		24791791	1981 12-18				Salud total	indigena			X				X		X						Luz Mery	
10	Gabriel Angel	Guazora Tarazo		1092910754	1980 04-12				Asmet Salud	indigena			X				X		X						Gabriel	

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

Número ID formulario colectivo

Número de páginas FORM 1A.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión 01, 2023

FORM 1A.

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 2024 | 04 | 24.

1.3.1. Duración promedio por participante HH | 20.

2. TEMAS Y DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Nombre de la actividad: Tomadas pruebas rapidas VIH y sifilis.

Temas abordados:

Cantidad de líderes que coordinaron el evento:

Hora de inicio y final de la actividad:

Se entregan condones individuales o por paquetes:

Qué incluye el paquete:

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

GRUPO CLAVE O PRIORIZADO INTERVENIDO*								
3.1. Total participantes	10.							
3.2. Número de paquetes de prevención								
3.3. Número de condones								
3.4. Número de autotest								
3.5. Personas direccionadas a servicios sociales y/o de salud								

*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: Dina Vanessa Sandoval.

CÓDIGO O NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: 1083533398.

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

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

Número ID formulario colectivo

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

1.1 Fecha (AAAA/MM/DD) 2026 | 04 | 24

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

1.3. Municipio Apia. | 1.7. Nombre de la organización/ institución Eps Asur.

1.4. Barrio de la actividad Vereda el Vergel. | 1.8. Localidad/comuna de la actividad Sitio.

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 juguetes: SI	Recibió juguetes: NO	Recibió Auxiliar: SI	Recibió Auxiliar: NO	Cantidad de juguetes	Cantidad de cepillos	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: Recreación Hospitalaria	Canalizado a: Ninguna PEP	Canalizado a: Otra	Canalizado a: Ninguno	Firma de quién recibe	Observaciones
1	Maria Deisy	Siagama Arce		1135164246	2004-12-01				Asmet Salud	Indígena			X				X		X						Maria deisy	
2	Jose de los santos	Membiecyama Siagama		109353 3329	KH71 08-05				Pijao Salud	Indígena.			X				X		X							
3	Tini maria	Siagama Gneibia		100496 5827					Asmet Salud	Indígena.			X				X		X						Tinamaria	
4	Jose Norberto Acambuiaga Arce.	Acambuiaga arce.		1135184 376.	09-03 2024.	X			Pijao.	Indígena.			X				X		X						Jose	
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										

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

Número ID formulario colectivo

Número de páginas FORM 1A.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_01_2023

FORM 1A

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 2024 | 04 | 24

1.3.1. Duración promedio por participante HH | 20

2. TEMAS Y DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Nombre de la actividad: Feria toma de muestras rapidas VIH y Sifilis.

Temas abordados:

Cantidad de líderes que coordinaron el evento:

Hora de inicio y final de la actividad:

Se entregan condones individuales o por paquetes:

Qué incluye el paquete:

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

GRUPO CLAVE O PRIORIZADO INTERVENIDO*								
3.1. Total participantes	3.							
3.2. Número de paquetes de prevención								
3.3. Número de condones								
3.4. Número de autotest								
3.5. Personas direccionadas a servicios sociales y/o de salud								

*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: Diana Vasquez Sanchez.

CÓDIGO O NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: 1088538898.

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

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión 01 2023

FORM 2

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: Apia
1.3. Localidad/comuna: Vda San Agustin
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: San Agustin
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Vereda
1.6. Lugar de la actividad: Vda San Agustin
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: Esc Hosp Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Vda San Agustin
2.4. Barrio: San Agustin

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: 1088532903

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Heidy	Dayana	Lopez	

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: 2016 04 22 | ⊗ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: _____

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1993 02 08
3.6.1 Edad en años cumplidos: 33

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: Esc Hosp Apia

Observaciones:

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 Gaidy Lorena Lopez identificado(a) con CC No. 1022953603 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 (X) 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 éste(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 _____ 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 ( ) 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 15 del mes de 05 del año 2026

Gaidy Lorena Lopez Quiroga
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: _____
Tipo y número de identificación: _____

Katherine Ruiz Triana
FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz Tr
Tipo y número de identificación: 1022953603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 05 | 15

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	Wondfo One	06AB002B	2027 07 06
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos		06AB003B	2027 07 06
( ) 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: 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			AAAA MM DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre: [illegible] | Firma: [signature] | Cédula de ciudadanía: 1022953603

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: Apia
1.3. Localidad/comuna: vda San Agustin
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: San Agustin
1.5. Tipo de lugar de la actividad: vereda
1.6. Lugar de la actividad: vereda San Agustin
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE Hsm Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Vda San Agustin
2.4. Barrio: San Agustin

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: 37727681

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
MARLOVYS.		ESTRADA	CANO.

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: 2014 05 01 | ✓ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia:

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ✓ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1954 | 12 | 15
3.6.1 Edad en años cumplidos: 41o.

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?

○ Pareja de une 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

ESE HSM Apia

Observaciones

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 Marleyis Fonseca Castro identificado(a) con CC No. 37227681 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 _____ 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) (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 15 del mes de 05 del año 2026

X MARLEYIS F C
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Marleyis Fonseca C.
Tipo y número de identificación: 37227681

Katherine Ruiz Mora
FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz M
Tipo y número de identificación: 1005537603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rapida y entrega de resultado: 2026 | 05 | 15

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	HIV/SIFILIS DUO	0640K024B	2029 | 09 | 06
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	HIV/SIFILIS DUO	0640K024B	2029 | 09 | 06
( ) 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 rapida 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			AAAA | MM | DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre Katherine Ruiz M | Firma | Cédula de ciudadanía 1005537603

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión 01 - 2023

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: Apia
1.3. Localidad/comuna: Vda San Agustin
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: San Agustin
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Vereda
1.6. Lugar de la actividad: vereda San Agustin
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE HSVP APIA

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Vda San Agustin
2.4. Barrio: San Agustin

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 100 294 3631

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
[illegible]	-	[illegible]	[illegible]

3.4. Caracterizacion persona atendida

○ HSH ○ TRANS ○ PID ○ TS ○ HC ○ LESB ○ PPL ○ ITS ○ INMIGRANTE* ○ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
○ SPA ○ GESTANTE | Fecha de la última menstruación: 2026/04/13 | (X) POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre (X) Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1997/06/20
3.6.1 Edad en años cumplidos: 28

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

3.8. Régimen: ○ Contributivo (X) 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) (X) No presenta síntomas

4. ¿Qué (Quién) lo motivo a realizarse la prueba?

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa (X) 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: ESE HSVP APIA

Observaciones:

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 Estefania Solano Betancurt identificado(a) con C.C. No. 1002943631 de [illegible] 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 ( ) 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 _____ 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) (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 pueden 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 15 del mes de 05 del año 2026

X Estefania Solano B.	Katherine Ruiz Mena
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Estefania Solano	Nombre y Apellido: Katherine Ruiz M.
Tipo y número de identificación: 1002943631	Tipo y número de identificación: 1095537603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 05 | 15

Prueba	Resultado		Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo	(X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	HIV/SIFILIS DUO	0608102418	2027 | 07 | 06
(X) Sífilis	( ) Positivo	(X) Negativo	(X) Anticuerpos	HIV/SIFILIS DUO	0608102418	2027 | 07 | 06
( ) 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: 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			AAAA | MM | DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba

Nombre: Katherine Ruiz M. Firma: [illegible] Cédula de ciudadanía: 1095537603

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: Ruanalda
1.2. Municipio: Apia
1.3. Localidad/comuna: vda San Agustin
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: San Agustin
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Vereda
1.6. Lugar de la actividad: vereda San Agustin
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: Ese Hosp Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: vda San Agustin
2.4. Barrio: San Agustin

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: 24547359.

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Flor	Elisa.	Dos.	

3.4. Caracterización persona atendida

○ HSH ○ TRANS ○ PID ○ YS ○ HC ○ LESB ○ PPL ○ ITS ○ INMIGRANTE* ○ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
○ SPA ○ GESTANTE | Fecha de la última menstruación: 19 | 03 | 01 | ⊗ POB. GENERAL ○ TS *País de procedencia: Colombia.

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1953 | 03 | 01
3.6.1 Edad en años cumplidos: 69.
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: Asmet salud
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: Ese Hosp Apia

Observaciones

SERVICIO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SIFILIS 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 Flor Elisa Rios identificado(a) con CC No. 21547359 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 (X) 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 _____ 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 15 del mes de 05 del año 2026

Flor Elisa Rios
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Flor Elisa Rios
Tipo y número de identificación: 21547359

Katherine Ruiz Marin
FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz M.
Tipo y número de identificación: 1085537603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 05 | 15

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	HIV/SIFILIS DUO	06ADK02HB	2027 / 07 / 06
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	HIV/SIFILIS DUO	06ADK02HB	2027 / 07 / 06
( ) 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: 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			AAAA / MM / DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre Katherine Ruiz M. | Firma K. R. M. | Cédula de ciudadanía 1085537603

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 Apia
1.3. Localidad/comuna: Vda San Agustin
1.4. Barrio donde se realiza la actividad San Agustin
1.5. Tipo de lugar de la actividad: vereda
1.6. Lugar de la actividad: vereda San Agustin
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio ese Hosp Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento Risaralda
2.2. Municipio Apia
2.3. Localidad/comuna Vda San Agustin
2.4. Barrio San Agustin

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 4522443

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Tito.		Garcia	Florez.

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

3.5. Sexo asignado al nacer ⊗ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento 1952 | 01 | 01
3.6.1 Edad en años cumplidos 74

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 comfamilco valle

3.9. Presenta alguno de estos síntomas ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otros 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: coc Hosp Apia

Observaciones

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 Tito Graciano Garcia Florez identificado(a) con CC No. 4522443 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 (X) 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 _____ 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 ( ) ND ( ). 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 15 del mes de 05 del año 2026

Tito G Garcia G
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Tito Graciano Garcia
Tipo y número de identificación: 4522443

Katherine Ruiz Marin
FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz M.
Tipo y número de identificación: 1095537603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 05 | 15

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	HIV/SIFILIS DUO	06A80K0248	2027 | 07 | 06
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	HIV/SIFILIS DUO	06A80K0248	2027 | 07 | 06
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígeno			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: 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			AAAA | MM | DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre Katherine Ruiz M | Firma KRM | Cédula de ciudadanía 1095537603

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión 01_2023

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.

Página 1

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Risaralda
1.2. Municipio: Apia
1.3. Localidad/comuna: Vereda San Agustin
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: San Agustin
1.5. Tipo de lugar de la actividad: vereda.
1.6. Lugar de la actividad: Vereda San Agustin
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: ese Hsvp Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Vereda San Agustin
2.4. Barrio: Vda San Agustin

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: 25028375.

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Ana	Omayda	Gutierrez.	

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: 10 03 D D | ⊗ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: _____

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1973 | 03 | 04
3.6.1 Edad en años cumplidos: 53.

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: Asmet Salud.

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: ese Hsvp Apia

Observaciones

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 Ana Martha Gutierrez A. identificado(a) con CC No. 25022875 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 éste(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 _____ 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 ( ) 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 15 del mes de 05 del año 2026

Yina Martz Gutierrez
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Ana Martha Gutierrez
Tipo y número de identificación: 25022875

Katherine Ruiz Mora
FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz M.
Tipo y número de identificación: 1095537503

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 05 | 15

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(✓) VIH	( ) Reactivo (✓) No reactivo	( ) Anticuerpos (✓) Antígenos/anticuerpos	HIV/SIFILIS DUO	0GA0X02W8	2027 07 06
(✓) Sífilis	( ) Positivo (✓) Negativo	(✓) Anticuerpos	HIV/SIFILIS DUO	0GA0X02W8	2027 07 06
( ) 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: 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			AAAA MM DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre [illegible] | Firma [illegible] | Cédula de ciudadanía [illegible]

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

Número ID formulario colectivo

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

1.1 Fecha (AAAA/MM/DD) 2026 | 05 | 15

1.2. Departamento | Risaralda. | 1.5. Tipo de lugar: | Rural. | 1.6. Nombre del lugar: | Vereda San Alberto.

1.3. Municipio | Apia. | 1.7. Nombre de la organización/ institución | HSUR

1.4. Barrio de la actividad | Vda San Alberto. | 1.8. Localidad/comuna de la actividad | Rural.

Consecutivo	Nombres	Apellidos	Tipo de documento	Documento de identidad	Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD)	Sexo al nacer: Hombre	Sexo al nacer: Mujer	Sexo al nacer: Intersexual	Nombre EPS	Grupo poblacional	Recibe preservativos: SI	Recibe preservativos: NO	Recibió autocontrol: SI	Recibió autocontrol: NO	Carnetizado: SI	Carnetizado: NO	Acepta información individual para pruebas de tamizaje: SI	Acepta información individual para pruebas de tamizaje: NO	Capacitado a: Servicios de salud	Capacitado a: Servicios sociales	Capacitado a: Mecanismos Mpacto	Capacitado a: Programa PEP	Capacitado a: Otro	Capacitado a: Ninguno	Firma de quién recibe	Observaciones
1	Heidy Lorena.	Lopez.	Rc	1088337773	1993 02-08		X		Salud total	Mestizo		X					X		X						Heidy Lorena
2	Marleny S.	Escobar Cano.	Cc	37277652	1974 12-15		X		Nueva eps	Mestizo		X					X		X						Marleny Esc
3	Estefania	Salazar Betancurt.	cc	1088343652	1977 06-20		X		Nueva eb	Mestizo		X					X		X						Estefania Salazar
4	Flor Eliza.	Rios.		24547359	1957 03-01		X		Asmet salud	Mestizo		X					X		X						Flor Elvia Rios
5	Tito	Bermudez Ramos	Cc	4522443	1952 01-01	X			Comfenalco valle	Mestizo		X					X		X						X Tito Bermudez
6	Ana Amada	Castellanos	Cc	25022575	1973 03-04		X		Asmet salud	Mestizo		X					X		X						X Ana Castellanos
7																										
8																										
9																										
10																										

Versión 01, 2023

FORM 1A

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

Número ID formulario colectivo

Número de páginas FORM 1A.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

1.1. Tipo de entidad que realiza la actividad

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

1.2. Tipo de actividad

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

1.3. Fecha de la actividad | 2026 | 05 | 15 |

1.3.1. Duración promedio por participante | HH | 20 |

2. TEMAS Y DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Nombre de la actividad: Toma de pruebas rapidas VIH y Sifilis.
Temas abordados:
Cantidad de líderes que coordinaron el evento:
Hora de inicio y final de la actividad:
Se entregan condones individuales o por paquetes:
Qué incluye el paquete:

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

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

*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: Diego Vanessa Sanchez.

CÓDIGO O NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: 1083533893

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

	REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE APÍA NIT 891.480.022-3 SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN REGISTRO ACTIVIDADES	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

ACTIVIDAD 7

Fortalecer las redes sociales y comunitarias en salud mental del municipio, mediante el desarrollo de capacidades de sus miembros para el afrontamiento de problemáticas como consumo de SPA, prevención del suicidio, cuidado de cuidadores, trastornos mentales y violencia evitable, entre otros.

	REPÚBLICA DE COLOMBIA **DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE APÍA** **NIT 891.480.022-3** **SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN** **REGISTRO ACTIVIDADES**	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

TIPO DE INTERVENCIÓN	Fortalecimiento de Redes
FECHA	Día: 29 -Mes -04 Año- 2026 Vereda El Vergel Comunidad Siorodó
ACTIVIDAD	Fortalecer los conocimientos y capacidades de la comunidad indígena Siorodó frente a la identificación de problemáticas psicosociales y conductas suicidas, mediante espacios de diálogo, educación y participación comunitaria que promuevan los factores protectores en salud mental, el apoyo familiar y comunitario, la comunicación asertiva y la búsqueda oportuna de ayuda.
REPRESENTANTE LEGAL O LÍDER	Carol Dahiana Rocaida Enebia
CODIGO CUPS	I30202

OBJETIVO:

Fortalecer las redes sociales y comunitarias en salud mental del municipio, mediante el desarrollo de capacidades de sus miembros para el afrontamiento de problemáticas como consumo de SPA, prevención del suicidio, cuidado de cuidadores, trastornos mentales y violencia evitable, entre otros.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

"El fortalecimiento de Redes tiene como objetivo común resolver problemas de la vida diaria tales como: cuidado de la familia, crisis en los diferentes momentos del curso de vida... ayuda en caso de emergencias, como soporte emocional, etc. O de generar alternativas de cambio y desarrollo a través de proyectos comunes que movilicen las comunidades hacia el mejoramiento de su salud y calidad de vida". (Ministerio de Salud y Protección Social). Se llevó a cabo actividad grupal con población indígena de la comunidad Siorodó, en la cual se generó un espacio de diálogo y participación orientado al reconocimiento de sus costumbres, tradiciones y dinámicas comunitarias. Como actividad inicial para romper el hielo, se realizó una dinámica de presentación denominada "El tejido de la palabra", en la que cada participante compartía su nombre, una cualidad positiva de su comunidad y una palabra que representara fortaleza o bienestar para su familia, promoviendo la

Integración, la escucha y la participación activa del grupo. Posteriormente, se realizó educación frente a la identificación de problemáticas psicosociales presentes en el entorno familiar y comunitario, abordando principalmente el tema de conducta suicida, debido a que esta problemática se viene presentando en la comunidad. Se brindó orientación sobre señales de alerta, factores de riesgo y factores protectores en salud mental, promoviendo la importancia de fortalecer recursos protectores dentro de la comunidad, tales como la comunicación asertiva, el acompañamiento familiar y comunitario, la escucha activa, el apoyo entre pares, la preservación de las tradiciones culturales y el fortalecimiento de redes de apoyo. Asimismo, se enfatizó en la importancia de buscar ayuda y apoyo oportuno ante situaciones de crisis emocional. Los participantes mostraron disposición y participación activa durante el desarrollo de la actividad.

ANEXOS:

Fotográfica	X
Registro de asistencia	X
Anexo documental	
Capturas de pantalla	
Material audiovisual	

OBSERVACIONES: Ninguna

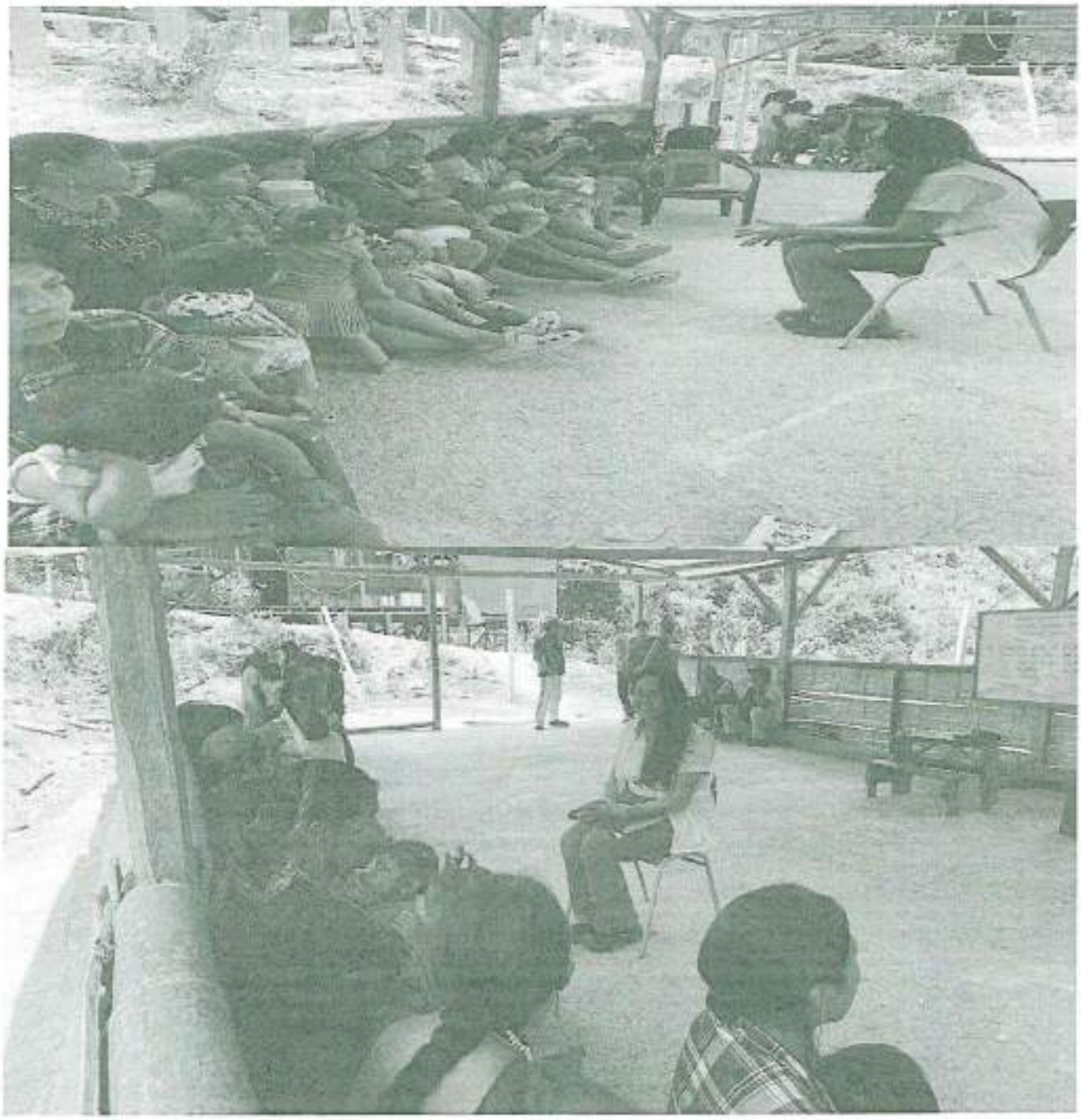
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Carol Rocaida

QUIÉN RECIBE LA ACTIVIDAD

	REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE APÍA NIT 891.480.022-3 SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN REGISTRO ACTIVIDADES	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia 07-2020	

Fortalecimiento de Redes. 29-abril -2026 Vereda El Vergel



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE APIA
NIT 891.480.022-3
SECRETARIA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUCACION
REGISTRO DE ATENCION A LA COMUNIDAD

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl

ESE HOSPITAL
SAN VICENTE DE PAÚL
APIA- RISARALDA

Entidad: E.S.E H.S.V.P

Fecha: Dia 29 Mes Abril Año 2026

Actividad: Identificación problemáticas Psicosocial y Conducta Suicida

Duración: 1hora CODIGO CUPS: 130202

Poblacion objeto: Población Indígena Comunidad Siorodó

Responsable de la Actividad: Claudia I Castaño

TIPO DE INTERVENCIÓN - PROCEDIMIENTO - ACTIVIDAD

RBC ☐ PREVENCIÓN Y CONTROL VECTORES ☐ CONFORMACIÓN REDES ☒ ZOE - CENTRO ESCUCHA ☐ INFORMACIÓN EN SALUD ☐

EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD ☐ TRABAJADORES INFORMALES ☐ CANALIZACIÓN ☐ CARACTERIZACIÓN ☐ JORNADA DE SALUD ☐

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	Nº DOCUMENTO	ENTIDAD, LOCALIDAD, VEREDA, BARRIO	TELEFONO	CICLO VITAL						ESTRATO				GENERO		CARACTERIZACION DE LA POBLACION						GRUPO ÉTNICO				AFILIACION SGSSS				FIRMA	AUTORIZO TRATAMIENTO DATOS PERSONALES	
					0-5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60	1	2	3	OTRO	F	M	Madre Cabeza Hogar	Victimas del desplazamiento	Red unidos Familias en accion	Discapacidad	A	I	R	O	Contributivo	Subsidiado	Vinculado	P.P.L.O		SI	NO
1	Paola Andrea Enebia	1090122330	Siorodo	3113154030				X			X				X							X				^			Paola Andrea	X	
2	Rosa Idalia Enebia Siagama	24791565	Siorodo	3216384864					X		X				X							X				^			Rosaidalia	X	
3	Luz Elma Cabrera	1093558514	Siorodo	3181950525			X				Y				X							X				X			Luz Elma	X	
4	Rosa Adriana Carrasco	1004966190	Siorodo	3145653757				X			X				X							X				X			Rosa Adriana	X	
5	Luz Eley Nia29	24799791	Siorodo	3146551613					X		X				X							X				X			Luz Mery	X	
6	Paola Andrea Arleta Rocaido	1088537992	Siorodo	3008988354				X			X				X							X				^			Paola Arleta	X	
7	Carol Dahiana Rocaido Enebia	1004965203	Siorodo	3137103043				X			X				X							X				X			Carol Rocaido	X	
8	Yesica Zuleta Rocaido	1093558717	Siorodo	3127908033				X			X				X							X				X			Yesica Zuleta	X	
9	Maria Belisa Rocaido Enebia	1004965689	Siorodo	3148228536					X		X				X							X				X			Maria belina	X	
10	Ana Libia Rocaido	1004965201	Siorodo	3104648910					X		X				X							X				X			Ana	X	
11	Yuliana Siagama	1093535921	Siorodo	3198883010				X			X				X							X				X			Yuliana	X	
12	Nora Miriam Rocaido	1087629894	Siorodo	3245545514					X		X				X							X				X			Nora miriam	X	
13	Jhojan A Nambeyagama	1088538493	Siorodo	3195592030			X				X					X						X				X			Jhojan AN	X	

	REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE APÍA NIT 891.480.022-3 SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN REGISTRO ACTIVIDADES	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

ACTIVIDAD 9

Aplicar pruebas para detección de consumo de sustancias psicoactivas en población con sospecha de patrones de consumo problemático o riesgo en salud mental, mediante tamizajes (AUDIT, ASSIST, SRQ, RQC). El propósito es identificar población en riesgo y canalizarla a los servicios de salud, activando las rutas de atención integral en salud mental según el nivel de riesgo.

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.

Departamento: Risaralda.	Municipio: Apia	Fecha: 02 Mayo - 2026
Nombres y Apellidos: Yolanda Lopez Echavarria		EAPB: Caufenalco
Documento de ID: 29 512 523	Edad: 44 años	Teléfono: 3136469278

Objetivo: Realizar prueba de tamizaje SRQ a los pacientes, para identificar factores de riesgo de salud mental.

La prueba SRQ será evaluada por un profesional en psicología con el fin de determinar las intervenciones que se requieran de forma individual. Por lo anterior, le solicitamos responder a conciencia, con el fin de permitirnos intervenir de forma adecuada si llegamos a identificar riesgos para prevenir la afectación sobre su salud mental. La información que usted responda será tratada de carácter confidencial y tendrá fines asociadas a actividades para prevenir factores de riesgo que afecten la salud mental de nuestros usuarios.

Responsable del diligenciamiento en la institución: Claudia Lorena Castaño

A continuación, encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una"x" en la casilla correspondiente a "no".

	SINTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	X	
2	¿Tiene mal apetito?	X	
3	¿Duerme mal?	X	
4	¿Se asusta con facilidad?	X	
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?	X	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		X
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		X
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apia Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA					
CONSENTIMIENTO INFORMADO					
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia L. Castaño			PROFESIÓN: Psicología.		
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Yolades		APELLIDOS: Lopez Echavarria.		
TIPO ID CC	Nº ID 24.512.523		EDAD: 44 años.		
TELEFONO: 3116461278		DIRECCIÓN B. Arcadia		BARRIO Zona Urbana.	
OCUPACIÓN: Ama de Casa		NIVEL DE ESTUDIOS: Bachiller			
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL					

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 02 **del mes** 05 **del año** 2026 **en el Municipio de** Apia

Yolades Lopez
Firma del usuario

Identificación: 24.512.523

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.

Departamento: Risaralda	Municipio: Apia	Fecha: 02 Mayo 2026
Nombres y Apellidos: Lucila Rendon Vargas		EAPB: Salud Total
Documento de ID: 24805488	Edad: 70 años	Teléfono: 3205219840

Objetivo: Realizar prueba de tamizaje SRQ a los pacientes, para identificar factores de riesgo de salud mental.

La prueba SRQ será evaluada por un profesional en psicología con el fin de determinar las intervenciones que se requieran de forma individual. Por lo anterior, le solicitamos responder a conciencia, con el fin de permitirnos intervenir de forma adecuada si llegamos a identificar riesgos para prevenir la afectación sobre su salud mental. La información que usted responda será tratada de carácter confidencial y tendrá fines asociadas a actividades para prevenir factores de riesgo que afecten la salud mental de nuestros usuarios.

Responsable del diligenciamiento en la institución: Claudia Lorena Castaño

A continuación, encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una"x" en la casilla correspondiente a "no".

	SINTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	X	
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?	X	
4	¿Se asusta con facilidad?	X	
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?	X	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	X	
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?	X	
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	X	
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda

28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apia Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA					
CONSENTIMIENTO INFORMADO					
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia I Castaño			PROFESIÓN: Psicologa		
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Laura		APELLIDOS: Rendón Vargas		
TIPO ID CC	Nº ID 24.805.488		EDAD:		
TELEFONO: 3205214840		DIRECCIÓN Motanistas		BARRIO Zona Urbana	
OCUPACIÓN: Ama de Casa		NIVEL DE ESTUDIOS: Primaria			
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL					

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 02 **del mes** 05 **del año** 2026 **en el Municipio de** Apia

Laura Rendón.
Firma del usuario

Identificación: 24.805.488

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.

Departamento: Risaralda	Municipio: Apía	Fecha: 02 Mayo-2026
Nombres y Apellidos: Luz Alba Muñoz Isaza		EAPB: Comfamalco
Documento de ID: 29813797	Edad: 60 años	Teléfono: 3128722213

Objetivo: Realizar prueba de tamizaje SRQ a los pacientes, para identificar factores de riesgo de salud mental.

La prueba SRQ será evaluada por un profesional en psicología con el fin de determinar las intervenciones que se requieran de forma individual. Por lo anterior, le solicitamos responder a conciencia, con el fin de permitirnos intervenir de forma adecuada si llegamos a identificar riesgos para prevenir la afectación sobre su salud mental. La información que usted responda será tratada de carácter confidencial y tendrá fines asociadas a actividades para prevenir factores de riesgo que afecten la salud mental de nuestros usuarios.

Responsable del diligenciamiento en la institución: Claudia Lorena Castaño

A continuación, encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una"x" en la casilla correspondiente a "no".

	SINTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?	X	
4	¿Se asusta con facilidad?	X	
5	¿Sufre de temblor de manos?	X	
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?	X	
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?	X	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	X	
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?	X	
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	X	
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)	X	
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	X	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA					
CONSENTIMIENTO INFORMADO					
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia L. Castaño				PROFESIÓN: Psicólogo	
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Luz Alba			APELLIDOS: Muñoz Isaza.	
TIPO ID C.C	Nº ID 29 813 791			EDAD: 60 años	
TELEFONO: 3128922213		DIRECCIÓN El Clavel		BARRIO Zona Urbana.	
OCUPACIÓN: Ama de Casa		NIVEL DE ESTUDIOS: Primaria			
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL					

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 02 **del mes** 05 **del año** 2016 **en el Municipio de** Apía

Luz Alba Muñoz Isaza
Firma del usuario

Identificación: 29 813 791

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.

Departamento: Risaralda	Municipio: Apía	Fecha: 02 - Mayo - 2026
Nombres y Apellidos: Michel Grajales Velasquez		EAPB: Salud total
Documento de ID: 1088316128	Edad: 17 años	Teléfono: 3167947278

Objetivo: Realizar prueba de tamizaje SRQ a los pacientes, para identificar factores de riesgo de salud mental.

La prueba SRQ será evaluada por un profesional en psicología con el fin de determinar las intervenciones que se requieran de forma individual. Por lo anterior, le solicitamos responder a conciencia, con el fin de permitirnos intervenir de forma adecuada si llegamos a identificar riesgos para prevenir la afectación sobre su salud mental. La información que usted responda será tratada de carácter confidencial y tendrá fines asociadas a actividades para prevenir factores de riesgo que afecten la salud mental de nuestros usuarios.

Responsable del diligenciamiento en la institución: Claudia Lorena Castaño

A continuación, encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una"x" en la casilla correspondiente a "no".

	SINTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	x	
2	¿Tiene mal apetito?	x	
3	¿Duerme mal?	x	
4	¿Se asusta con facilidad?		x
5	¿Sufre de temblor de manos?	x	
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	x	
7	¿Sufre de mala digestión?	x	
8	¿No puede pensar con claridad?	x	
9	¿Se siente triste?	x	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	x	
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?	x	
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	x	
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)	x	
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		x
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	x	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		x
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		x
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		x
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		x
20	¿Se cansa con facilidad?		x
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		x
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		x
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		x
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		x
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		x
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		x
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		x

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apia Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA					
CONSENTIMIENTO INFORMADO					
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia L. Castaño			PROFESIÓN: Psicologa		
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Michel		APELLIDOS: Giraldo Velasquez.		
TIPO ID CC.	Nº ID 1088831628		EDAD: 17 años		
TELEFONO: 3167947278		DIRECCIÓN Cll 10- # 1030		BARRIO Juan Uribe	
OCUPACIÓN: Trabajo Almacén		NIVEL DE ESTUDIOS: Bachiller			
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL					

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leido y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 02 **del mes** 05 **del año** 2026 **en el Municipio de** Apia

Michel Giraldo
Firma del usuario

Identificación: 1088831628

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.

Departamento: Risaralda	Municipio: Apía	Fecha: 05 - Mayo - 2026
Nombres y Apellidos: Diana de Jesus Duque Diez		EAPB: Mutual EPS.
Documento de ID: 42129325	Edad: 49 años.	Teléfono: 3136477281

Objetivo: Realizar prueba de tamizaje SRQ a los pacientes, para identificar factores de riesgo de salud mental.

La prueba SRQ será evaluada por un profesional en psicología con el fin de determinar las intervenciones que se requieran de forma individual. Por lo anterior, le solicitamos responder a conciencia, con el fin de permitirnos intervenir de forma adecuada si llegamos a identificar riesgos para prevenir la afectación sobre su salud mental. La información que usted responda será tratada de carácter confidencial y tendrá fines asociadas a actividades para prevenir factores de riesgo que afecten la salud mental de nuestros usuarios.

Responsable del diligenciamiento en la Institución: Claudia Lorena Castaño

A continuación, encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

	SINTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	x	
2	¿Tiene mal apetito?		x
3	¿Duerme mal?	x	
4	¿Se asusta con facilidad?		x
5	¿Sufre de temblor de manos?		x
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	x	
7	¿Sufre de mala digestión?	x	
8	¿No puede pensar con claridad?	x	
9	¿Se siente triste?	x	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	x	
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?	x	
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	x	
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)	x	
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	x	
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	x	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?	x	
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		x
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		x
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		x
20	¿Se cansa con facilidad?		x
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		x
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		x
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		x
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		x
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		x
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		x
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		x

28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA					
CONSENTIMIENTO INFORMADO					
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia L Castaño				PROFESIÓN: Psicologa	
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Diana de Jesus			APELLIDOS: Duque Vela	
TIPO ID c.c.	Nº ID 42.124.325			EDAD: 49 años	
TELEFONO: 3196477281		DIRECCIÓN San Daniel		BARRIO Zona Urbana	
OCUPACIÓN: Ama de casa		NIVEL DE ESTUDIOS: 5º Primaria			
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL					

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 05 **del mes** 05 **del año** 2016 **en el Municipio de** Apía

Diana Duque Vela
Firma del usuario

Identificación: 42.124.325

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.

Departamento: Risaralda	Municipio: Apía	Fecha: 05 - Mayo - 2026
Nombres y Apellidos: Yada Andrea Cuervo Martinez		EAPB: Nueva EPS
Documento de ID: 1088537230	Edad: 37 años	Teléfono: 3234676120

Objetivo: Realizar prueba de tamizaje SRQ a los pacientes, para identificar factores de riesgo de salud mental.

La prueba SRQ será evaluada por un profesional en psicología con el fin de determinar las intervenciones que se requieran de forma individual. Por lo anterior, le solicitamos responder a conciencia, con el fin de permitirnos intervenir de forma adecuada si llegamos a identificar riesgos para prevenir la afectación sobre su salud mental. La información que usted responda será tratada de carácter confidencial y tendrá fines asociadas a actividades para prevenir factores de riesgo que afecten la salud mental de nuestros usuarios.

Responsable del diligenciamiento en la institución: Claudia Lorena Castaño

A continuación, encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una"x" en la casilla correspondiente a "no".

	SINTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		x
2	¿Tiene mal apetito?		x
3	¿Duerme mal?		x
4	¿Se asusta con facilidad?	x	
5	¿Sufre de temblor de manos?		x
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	x	
7	¿Sufre de mala digestión?	x	
8	¿No puede pensar con claridad?	x	
9	¿Se siente triste?	x	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	x	
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		x
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		x
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		x
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		x
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		x
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		x
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		x
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		x
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		x
20	¿Se cansa con facilidad?		x
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		x
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		x
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		x
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		x
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		x
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		x
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		x

28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apia Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA					
CONSENTIMIENTO INFORMADO					
NOMBRE DEL PROFESIONAL:	Claudia I. Castaño			PROFESIÓN:	Psicóloga
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES:	Paola Andrea		APELLIDOS:	Cuervo Martínez
TIPO ID: CC	Nº ID	1088337250		EDAD:	37 años.
TELEFONO:	3234676120	DIRECCIÓN	Cra 7 #7-11	BARRIO	Zona Viviana.
OCUPACIÓN:	Ama de casa	NIVEL DE ESTUDIOS:	Bachiller		
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL					

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 05 **del mes** 05 **del año** 2026 **en el Municipio de** Apia

Paola andrea C.
Firma del usuario

Identificación: 1088337250

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.

Departamento: Risaralda	Municipio: Apia	Fecha: 05-Mayo-2026
Nombres y Apellidos: Juliana Sanchez Hernandez		EAPB: Salud Total
Documento de ID: 1089382281	Edad: 19	Teléfono: 3164595370

Objetivo: Realizar prueba de tamizaje SRQ a los pacientes, para identificar factores de riesgo de salud mental.

La prueba SRQ será evaluada por un profesional en psicología con el fin de determinar las intervenciones que se requieran de forma individual. Por lo anterior, le solicitamos responder a conciencia, con el fin de permitirnos intervenir de forma adecuada si llegamos a identificar riesgos para prevenir la afectación sobre su salud mental. La información que usted responda será tratada de carácter confidencial y tendrá fines asociadas a actividades para prevenir factores de riesgo que afecten la salud mental de nuestros usuarios.

Responsable del diligenciamiento en la institución: Claudia Lorena Castaño

A continuación, encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una"x" en la casilla correspondiente a "no".

	SINTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		x
2	¿Tiene mal apetito?	x	
3	¿Duerme mal?		x
4	¿Se asusta con facilidad?		x
5	¿Sufre de temblor de manos?	x	
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		x
7	¿Sufre de mala digestión?		x
8	¿No puede pensar con claridad?		x
9	¿Se siente triste?		x
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		x
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		x
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		x
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		x
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		x
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		x
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		x
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		x
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		x
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		x
20	¿Se cansa con facilidad?		x
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		x
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		x
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		x
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		x
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		x
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		x
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		x

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

E.S.E Hospital 76
San Vicente de Paúl
Apia Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA					
CONSENTIMIENTO INFORMADO					
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia L. Castaño				PROFESIÓN: Psicóloga	
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Juliana			APELLIDOS: Sanchez Hernandez	
TIPO ID C.C	Nº ID 1089.382.281			EDAD: 19 años	
TELEFONO: 3164955370		DIRECCIÓN Zona Urbana		BARRIO Altos del Quindi	
OCUPACIÓN: Ama de Casa		NIVEL DE ESTUDIOS: Grado 11°			
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL					

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 05 **del mes** 05 **del año** 2016 **en el Municipio de** Apia

Juliana S.
Firma del usuario

Identificación: 1089.382.281

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apia Risaralda

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.

Departamento: Risaralda	Municipio: Apia	Fecha: 05 Mayo - 2026
Nombres y Apellidos: Liliana Andrea Montoya Diaz		EAPB: Asmet Salud
Documento de ID: 1061.368.667	Edad: 30 años	Teléfono: 3207630961

Objetivo: Realizar prueba de tamizaje SRQ a los pacientes, para identificar factores de riesgo de salud mental.

La prueba SRQ será evaluada por un profesional en psicología con el fin de determinar las intervenciones que se requieran de forma individual. Por lo anterior, le solicitamos responder a conciencia, con el fin de permitirnos intervenir de forma adecuada si llegamos a identificar riesgos para prevenir la afectación sobre su salud mental. La información que usted responda será tratada de carácter confidencial y tendrá fines asociadas a actividades para prevenir factores de riesgo que afecten la salud mental de nuestros usuarios.

Responsable del diligenciamiento en la institución: Claudia Lorena Castaño

A continuación, encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una"x" en la casilla correspondiente a "no".

	SINTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	X	
2	¿Tiene mal apetito?	X	
3	¿Duerme mal?	X	
4	¿Se asusta con facilidad?	X	
5	¿Sufre de temblor de manos?	X	
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?	X	
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?	X	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	X	
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?	X	
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	X	
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)	X	
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	X	
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?	X	
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	X	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?	X	
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA			
CONSENTIMIENTO INFORMADO			
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia L. Castaño		PROFESIÓN: Psicología	
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Liliana Andrea	APELLIDOS: Montoya Díaz	
TIPO ID CC	Nº ID 1061.368.667	EDAD: 39 años.	
TELEFONO: 3207630961	DIRECCIÓN Zona Urbana	BARRIO Acosmia	
OCUPACIÓN: Ama de Casa	NIVEL DE ESTUDIOS:		
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL			

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 05 **del mes** 05 **del año** 2026 **en el Municipio de** Apía

liliana montoya
Firma del usuario

Identificación: 1061368667

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.

Departamento: Risaralda	Municipio: Apía	Fecha: 06 - Mayo - 2025
Nombres y Apellidos: Margarita María Pérez Taranda		EAPB: Comfenalco
Documento de ID: 42112.995	Edad: 51 años	Teléfono: 3104124890

Objetivo: Realizar prueba de tamizaje SRQ a los pacientes, para identificar factores de riesgo de salud mental.

La prueba SRQ será evaluada por un profesional en psicología con el fin de determinar las intervenciones que se requieran de forma individual. Por lo anterior, le solicitamos responder a conciencia, con el fin de permitirnos intervenir de forma adecuada si llegamos a identificar riesgos para prevenir la afectación sobre su salud mental. La información que usted responda será tratada de carácter confidencial y tendrá fines asociadas a actividades para prevenir factores de riesgo que afecten la salud mental de nuestros usuarios.

Responsable del diligenciamiento en la institución: Claudia Lorena Castaño

A continuación, encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una"x" en la casilla correspondiente a "no".

	SINTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	x	
2	¿Tiene mal apetito?		x
3	¿Duerme mal?	x	
4	¿Se asusta con facilidad?		x
5	¿Sufre de temblor de manos?		x
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		x
7	¿Sufre de mala digestión?		x
8	¿No puede pensar con claridad?	x	
9	¿Se siente triste?		x
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		x
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		x
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	x	
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		x
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		x
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		x
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		x
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		x
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		x
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		x
20	¿Se cansa con facilidad?		x
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		x
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		x
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		x
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		x
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		x
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		x
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		x

28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA			
CONSENTIMIENTO INFORMADO			
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia L. Castaño		PROFESIÓN: Psicologa	
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Margarita M.	APELLIDOS: Perez Taranda	
TIPO ID CC / Nº ID	42-112-995	EDAD: 51 años	
TELEFONO: 3104424590	DIRECCIÓN: Zona Urbana	BARRIO: Mayapo	
OCUPACIÓN: Ama de Casa	NIVEL DE ESTUDIOS:		
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL			

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las Instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 26 **del mes** 05 **del año** 2016 **en el Municipio de** Apía

Margarita M. Perez
Firma del usuario

Identificación: 42.112.995

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.

Departamento: Risaralda	Municipio: Apía	Fecha: 06-Mayo-2026
Nombres y Apellidos: Giona Elena Tejos Giraldo		EAPB: SOS
Documento de ID: 25na5-AD	Edad: 56 anos	Teléfono: 3209181503

Objetivo: Realizar prueba de tamizaje SRQ a los pacientes, para identificar factores de riesgo de salud mental.

La prueba SRQ será evaluada por un profesional en psicología con el fin de determinar las intervenciones que se requieran de forma individual. Por lo anterior, le solicitamos responder a conciencia, con el fin de permitirnos intervenir de forma adecuada si llegamos a identificar riesgos para prevenir la afectación sobre su salud mental. La información que usted responda será tratada de carácter confidencial y tendrá fines asociadas a actividades para prevenir factores de riesgo que afecten la salud mental de nuestros usuarios.

Responsable del diligenciamiento en la institución: Claudia Irena Castaño

A continuación, encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

	SINTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?	X	
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?	X	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	X	
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?	X	
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	X	
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X

28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		N
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		N

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apia Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA					
CONSENTIMIENTO INFORMADO					
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia I. Castaño				PROFESIÓN: Psicologa	
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Gloria Elena			APELLIDOS: Tejos Giraldo	
TIPO ID C.C	Nº ID 25.195.170			EDAD: 56 años	
TELEFONO: 3209181503		DIRECCIÓN Finca Vianey		BARRIO Matecaña	
OCUPACIÓN: Ama de Casa		NIVEL DE ESTUDIOS:			
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL					

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 06 **del mes** 05 **del año** 2016 **en el Municipio de** Apia

Gloria Elena Tejos.

Firma del usuario

Identificación: 25.195.170

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.

Departamento: Risaralda	Municipio: Apia	Fecha: 06- Mayo -2016
Nombres y Apellidos: Maria Cenelia Grajales de Perez		EAPB: Salud total
Documento de ID: 24-410-383.	Edad: 80 años	Teléfono: 3109168930

Objetivo: Realizar prueba de tamizaje SRQ a los pacientes, para identificar factores de riesgo de salud mental.

La prueba SRQ será evaluada por un profesional en psicología con el fin de determinar las intervenciones que se requieran de forma individual. Por lo anterior, le solicitamos responder a conciencia, con el fin de permitirnos intervenir de forma adecuada si llegamos a identificar riesgos para prevenir la afectación sobre su salud mental. La información que usted responda será tratada de carácter confidencial y tendrá fines asociadas a actividades para prevenir factores de riesgo que afecten la salud mental de nuestros usuarios.

Responsable del diligenciamiento en la institución: Claudia Lorena Castaño

A continuación, encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una"x" en la casilla correspondiente a "no".

	SINTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	x	
2	¿Tiene mal apetito?	x	
3	¿Duerme mal?	x	
4	¿Se asusta con facilidad?	x	
5	¿Sufre de temblor de manos?	x	
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	x	
7	¿Sufre de mala digestión?		x
8	¿No puede pensar con claridad?	x	
9	¿Se siente triste?	x	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	x	
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?	x	
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	x	
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		x
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		x
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	x	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?	x	
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		x
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		x
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		x
20	¿Se cansa con facilidad?		x
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		x
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		x
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		x
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		x
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		x
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		x
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		x

28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA					
CONSENTIMIENTO INFORMADO					
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia L. Castaño			PROFESIÓN: Psicologa		
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Maria Cenelia		APELLIDOS: Grajales de Perez		
TIPO ID C.C	Nº ID 24.410.383		EDAD: 80 años		
TELEFONO: 3104168930		DIRECCIÓN Zona Urbana		BARRIO Cll el Cruceno.	
OCUPACIÓN: Ama de Casa		NIVEL DE ESTUDIOS:			
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL					

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 06 **del mes** 05 **del año** 2026 **en el Municipio de** Apia

Firma del usuario

Identificación: 24.410383

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl

TAMIJAZE ASSIST E INTERVENCION BREVE
Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST V3.1)

Nombres: Jesus David	Apellidos: Ortegón Castaño	
Documento No: 1192577605	Edad: 26 años	Sexo: F M X
Escolaridad: 7° Secundaria	EAPB: Asmet Salud	Teléfono: 3015944302
Institución Educativa		

INTRODUCCIÓN (Léale al usuario o adapte a las circunstancias locales)

Gracias por aceptar esta breve entrevista, *Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias* ***a lo largo de la vida y en los últimos tres meses.***

Puede estar seguro(a) que la información que me brinde será tratada con absoluta confidencialidad.

(muestre la tarjeta de respuestas).

Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, aspiradas, inhaladas, inyectadas o tomadas en forma de pastillas o píldoras.

Algunas de las sustancias pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o medicamentos para el dolor).

Para esta entrevista, no se registrarán las medicinas ***que han sido formuladas*** *por su médico. Sin embargo, si ha tomado esas medicinas por* ***otros*** *motivos que los recetados, o las ha tomado con más frecuencia o en dosis más altas que las recomendadas por su médico, dígamelo por favor.*

ANTES DE HACER LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LA TARJETA DE RESPUESTAS AL CONSULTANTE

Pregunta 1: A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (Solo lasque consumió sin formula médica)	**NO**	**SI**
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	0	3
e. Anfetaminaa u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes para pintura, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otras - especifique:	0	3

Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"	Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista. Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl

PREGUNTA 2: EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc)?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	(0)	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	(2)	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	(6)
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	(0)	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	(0)	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, para pintura etc.)	(0)	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	(0)	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	(0)	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	(0)	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	(0)	2	3	4	6
Si la respuesta es "**Nunca**" a todas las secciones de la pregunta 2, **pase a la pregunta 6.** Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.					

PREGUNTA3: En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, ¿etc)?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	(0)	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	(3)	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	(6)
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	(0)	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	(0)	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes de pintura, etc.)	(0)	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	(0)	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	(0)	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	(0)	3	4	5	6
j. Otras - especifique:	(0)	3	4	5	6

PREGUNTA4: EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (primera droga, segunda droga, etc) a problemas de salud, ¿sociales, legales o económicos?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	(0)	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	(0)	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	(0)	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	(0)	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	(0)	4	5	6	7
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	(0)	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	(0)	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	(0)	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	(0)	4	5	6	7
j. Otras - especifique:	(0)	4	5	6	7

Gobernación de RISARALDA Sentimiento de Todos

E.S.E. Hospital "San Vicente de Paúl"

PREGUNTA 5: EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ¿Con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted, por el consumo de (primera droga, segunda droga, ¿etc)?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar,	(0)	5	6	7	8
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados,	(0)	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	(0)	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	(0)	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis,	(0)	5	6	7	8
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes de pinturas	(0)	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	(0)	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP,	(0)	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina,	(0)	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	(0)	5	6	7	8

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

PREGUNTA 6: ¿un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consume de (primera droga, segunda droga, ¿etc)?	NO NUNCA	SI, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES	SI, PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	(0)	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	(0)	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	(6)	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	(0)	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras	(0)	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	(0)	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam,	(0)	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	(0)	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina,	(0)	6	3
j. Otras - especifique:	(0)	6	3

PREGUNTA7: ¿ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (primera droga, segunda droga, ¿etc) y no lo ha logrado?	NO NUNCA	SI, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESE	SI, PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	(0)	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	(0)	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	6	(3)
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	(0)	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras	(0)	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	(0)	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam,	(0)	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	(0)	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	(0)	6	3
j. Otras - especifique:	(0)	6	3

PREGUNTA 8: ¿HA CONSUMIDO ALGUNA VEZ ALGUNA DROGA POR VÍA INYECTADA? (solo las que consumió sin formula médica)	NO NUNCA	SI, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESE	SI, PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
(Marque la casilla correspondiente)	(0)	2	1

NOTA IMPORTANTE: A los consultantes (o pacientes) que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este periodo, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

HABITO DE INYECTARSE	LINEAMIENTO DE INTERVENCION
Cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses o menos	Intervención breve que incluye los riesgos de la tarjeta de inyección
Mas de cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses	Evaluación adicional y tratamiento más intensivo

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

E.S.E Hospital "La San Vicente de Paúl"

CóMO CALCULAR LA PUNTUACIóN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (de la a, a la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. No incluya los resultados de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para cannabis se calcula como: P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c. Observe que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: P2a + P3a + P4a + P6a + P7a

EL TIPO DE INTERVENCIóN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIóN ESPECÍFICA PARA CA DA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para cada sustancia	Sin intervención Nivel riesgo Bajo	Intervención Breve Nivel riesgo Moderado	Tratamiento más intensivo * Nivel riesgo Alto
a. Tabaco		0 – 3	4 – 26	27+
b. Alcohol		0 – 10	11 – 26	27+
c. Cannabis		0 – 3	4 – 26	27+
d. Cocaína		0 – 3	4 – 26	27+
e. Anfetaminas		0 – 3	4 – 26	27+
f. Inhalantes		0 – 3	4 – 26	27+
g. Sedantes		0 – 3	4 – 26	27+
h. Alucinógenos		0 – 3	4 – 26	27+
i. Opiáceos		0 – 3	4 – 26	27+
j. Otras drogas		0 – 3	4 – 26	27+

Ahora use la tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST para proporcionarle al usuario una intervención breve.

¿Qué significan sus puntuaciones?

Bajo: Su actual patrón de consumo representa un riesgo bajo sobre su salud y de otros problemas.

Moderado: Usted presenta riesgo para su salud y de otro tipo de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias.

Alto: Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja, ...) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente

NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIóN Y UN TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO pueden ser proporcionados por profesionales de la salud en el ámbito de atención primaria, o por un servicio especializado para las adicciones si está disponible.

Realice gestión del riesgo y activación de ruta de atencion

Diligenciado por: Claudia L Castaño Profesión: Psicologa

Firma:

Fecha: 06-Mayo-2026

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apia-Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA					
CONSENTIMIENTO INFORMADO					
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia L. Castaño			PROFESIÓN: Psicóloga		
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Jesus David		APELLIDOS: Ortegón Castaño		
TIPO ID CC	Nº ID 1193577605		EDAD: 26 años		
TELEFONO: 3105914302	DIRECCIÓN Campo Alegre		BARRIO Zona Rural		
OCUPACIÓN: Agricultor	NIVEL DE ESTUDIOS: 7°				
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL					

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 06 **del mes** 05 **del año** 2016 **en el Municipio de** Apia

Jesus David Ortegón
Firma del usuario

Identificación: 1193577605

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apia Risaralda

TAMIJAZE ASSIST E INTERVENCION BREVE
Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST V3.1)

Nombres: Samuel	Apellidos: Moncada	
Documento No: 1086604258	Edad: 20	Sexo: F X
Escolaridad: Bachiller	EAPB: Salud total	Teléfono: 3217088171
Institución Educativa		

INTRODUCCIÓN (Léal e al usuario o adapte a las circunstancias locales)

Gracias por aceptar esta breve entrevista, *Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias* ***a lo largo de la vida y en los últimos tres meses.***

Puede estar seguro(a) que la información que me brinde será tratada con absoluta confidencialidad.

(muestre la tarjeta de respuestas).

Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, aspiradas, inhaladas, inyectadas o tomadas en forma de pastillas o píldoras.

Algunas de las sustancias pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o medicamentos para el dolor).

Para esta entrevista, no se registrarán las medicinas ***que han sido formuladas*** *por su médico. Sin embargo, si ha tomado esas medicinas por* ***otros*** *motivos que los recetados, o las ha tomado con más frecuencia o en dosis más altas que las recomendadas por su médico, dígamelo por favor.*

ANTES DE HACER LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LA TARJETA DE RESPUESTAS AL CONSULTANTE

Pregunta 1: A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (Solo lasque consumió sin formula médica)	**NO**	**SI**
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	X	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	X
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	X	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	X	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	X	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes para pintura, etc.)	X	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	X	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	X	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	X	3
j. Otras - especifique:	X	3

Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"	Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista. Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

PREGUNTA 2: EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc)?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)		2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	2	3		6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)		2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)		2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)		2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, para pintura etc.)		2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)		2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)		2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)		2	3	4	6
j. Otras - especifique:		2	3	4	6
Si la respuesta es "**Nunca**" a todas las secciones de la pregunta 2, **pase a la pregunta 6.** Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.					

PREGUNTA3: En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, ¿etc)?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)		3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	3	4		6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)		3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)		3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)		3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes de pintura, etc.)		3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)		3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)		3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)		3	4	5	6
j. Otras - especifique:		3	4	5	6

PREGUNTA4: EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (primera droga, segunda droga, etc) a problemas de salud, ¿sociales, legales o económicos?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)		4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0		5	6	7
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)		4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)		4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)		4	5	6	7
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)		4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)		4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)		4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)		4	5	6	7
j. Otras - especifique:		4	5	6	7

Gobernación de RISARALDA Sentimiento de Todos

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apia Risaralda

PREGUNTA 5: EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ¿Con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted, por el consumo de (primera droga, segunda droga, ¿etc)?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar,	0	5	6	7	8
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados,	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis,	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes de pinturas	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP,	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina,	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

PREGUNTA 6: ¿un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consume de (primera droga, segunda droga, ¿etc)?	NO NUNCA	SI, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES	SI, PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, pildoras	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam,	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina,	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

PREGUNTA7: ¿ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (primera droga, segunda droga, ¿etc) y no lo ha logrado?	NO NUNCA	SI, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESE	SI, PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, pildoras	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam,	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

PREGUNTA 8: ¿HA CONSUMIDO ALGUNA VEZ ALGUNA DROGA POR VÍA INYECTADA? (solo las que consumió sin formula médica)	NO NUNCA	SI, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESE	SI, PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
(Marque la casilla correspondiente)	0	2	1

NOTA IMPORTANTE: A los consultantes (o pacientes) que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este periodo, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

HABITO DE INYECTARSE	LINEAMIENTO DE INTERVENCION
Cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses o menos	Intervención breve que incluye los riesgos de la tarjeta de inyección
Mas de cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses	Evaluación adicional y tratamiento más intensivo

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apia Risaralda

CóMO CALCULAR LA PUNTUACIóN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (de la a, a la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. No incluya los resultados de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para cannabis se calcula como: P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c. Observe que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: P2a + P3a + P4a + P6a + P7a

EL TIPO DE INTERVENCIóN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIóN ESPECÍFICA PARA CA DA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para cada sustancia	Sin intervención Nivel riesgo Bajo	Intervención Breve Nivel riesgo Moderado	Tratamiento más intensivo * Nivel riesgo Alto
a. Tabaco		0 – 3	4 – 26	27+
b. Alcohol		0 – 10	11 – 26	27+
c. Cannabis		0 – 3	4 – 26	27+
d. Cocaína		0 – 3	4 – 26	27+
e. Anfetaminas		0 – 3	4 – 26	27+
f. Inhalantes		0 – 3	4 – 26	27+
g. Sedantes		0 – 3	4 – 26	27+
h. Alucinógenos		0 – 3	4 – 26	27+
i. Opiáceos		0 – 3	4 – 26	27+
j. Otras drogas		0 – 3	4 – 26	27+

Ahora use la tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST para proporcionarle al usuario una intervención breve.

¿Qué significan sus puntuaciones?

Bajo: Su actual patrón de consumo representa un riesgo bajo sobre su salud y de otros problemas.

Moderado: Usted presenta riesgo para su salud y de otro tipo de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias.

Alto: Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja, ...) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente

NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIóN Y UN TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO pueden ser proporcionados por profesionales de la salud en el ámbito de atención primaria, o por un servicio especializado para las adicciones si está disponible.

Realice gestión del riesgo y activación de ruta de atencion

Diligenciado por: Claudia L Castaño Profesión: Psicóloga

Firma:

Fecha: 06- Mayo-2016

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apia Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA			
CONSENTIMIENTO INFORMADO			
NOMBRE DEL PROFESIONAL:		PROFESIÓN:	
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Samuel	APELLIDOS: Moncada	
TIPO ID	N° ID 1086604258	EDAD: 20	
TELEFONO: 3217088171	DIRECCIÓN B Motorista	BARRIO	
OCUPACIÓN: Conductor	NIVEL DE ESTUDIOS: Bachiller		
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL			

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 06 **del mes** 05 **del año** 2025 **en el Municipio de** Apia

Samuel M.
Firma del usuario

Identificación: 1086604258

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE APIA
NIT 891.480.022-3
SECRETARIA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUCACION
REGISTRO DE ATENCION A LA COMUNIDAD

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl

ESE HOSPITAL
SAN VICENTE DE PAÚL
APIA- RISARALDA

Entidad: E.S.E H.S.V.P

Fecha: Dia del 02 al 06 Mes Mayo Año 2026

Actividad: Aplicación Pruebas de Tamizaje.

Duración: 1 mes CODIGO CUPS: 120302 - 120303

Poblacion objeto: Adultos.

Responsable de la Actividad: Claudia Lorena Castaño

TIPO DE INTERVENCIÓN - PROCEDIMIENTO - ACTIVIDAD

RBC ☐ PREVENCIÓN Y CONTROL VECTORES ☐ CONFORMACIÓN REDES ☐ ZOE - CENTRO ESCUCHA ☐ INFORMACIÓN EN SALUD ☐

EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD ☐ TRABAJADORES INFORMALES ☐ CANALIZACIÓN ☐ CARACTERIZACIÓN ☐ JORNADA DE SALUD ☐

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	Nº DOCUMENTO	ENTIDAD, LOCALIDAD, VEREDA, BARRIO	TELEFONO	CICLO VITAL						ESTRATO				VEREDA		CARACTERIZACION DE LA POBLACION						GRUPO ÉTNICO				AFILIACION SGSSS				FIRMA	AUTORIZO TRATAMIENTO DATOS PERSONALES	
					0-5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60	1	2	3	OTRO	F	M	Madre Cabeza Hogar	Victima del desplazamiento	Red unidos	Reinsercion	Discapacidad	A	I	R	O	Contributivo	Subsidiado	Vinculado	P.P.N.A		SI	NO
1	Yolades López E.	24.512.523	Br Acosmi	3123469278					X		X				X									X		X			Yolades L.	X	
2	Laila Rendón V.	24.805.488	B. Motusitas	3205219840						X	X				X									X		X			Laila Rendón	X	
3	Liz Alba Muñoz	29813.741	B. El Clavel	3128922213						X	X				X									X		X			Liz Alba Muñoz	X	
4	Michel Grajales V	1088.331.628	Cll 10 #12-30	3167447276			X				X				X									X		X			Michel Grajales	X	
5	Diana de Jesus D.	42.124.325	B. San Daniel	3186477281					X		X				X									X		X			Diana Duque	X	
6	Paola Andrea Cuervo	1088537.250	Cra 7 #7-11	3234676120					X		X				X									X		X			Paola andrea C.	X	
7	Yuliana Sánchez H	1089.282.281	Altos del Clavel	3164545330				X			X				X									X		X			Yuliana S.	X	
8	Liliana A Montoya	1061.388.467	B. Acosmi	3206360961					X		X				X									X		X			liliana montoya	X	
9	Margarita M Pérez	42.112.995	B. 15 de Agosto	3049248990					X		X				X									X		X			Margarita M. P	X	
10	Elena Elena Tirios	25.195.170	B. Motusitas	3207181503					X		X				X									X		X			Elena Elena T	X	
11	Mª Cenelia Grajales	24.410.383	B. El Cucapo	3041689130						X	X				X									X		X			Maria. Cenelia G.	X	
12	Jesus David Arbeláez	1193.577.605	Vda Campo Alegre	3105941302				X			X				X	M								X		X			Jesus David O	X	
13	Samuel Moncada	1086604.258	B. Motusitas	3217083171				X			X					X								X		P			Samuel M	X	

	REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE APÍA NIT 891.480.022-3 SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN REGISTRO ACTIVIDADES	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

ACTIVIDAD 12

Promover las jornadas de vacunación según los lineamientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), con el fin de lograr coberturas útiles con todos los biológicos en la población susceptible.

	REPÚBLICA DE COLOMBIA **DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE APÍA** **NIT 891.480.022-3** **SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN** **REGISTRO ACTIVIDADES**	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)
ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

TIPO DE INTERVENCIÓN	Información en salud
FECHA	25-04-2025
ACTIVIDAD	Jornada de vacunación
REPRESENTANTE LEGAL O LÍDER	Mónica Osorio Gaviria
CODIGO CUPS	I10307

OBJETIVO:

Promover jornadas de vacunación de acuerdo a los lineamientos del programa ampliado de inmunizaciones, a fin de obtener coberturas útiles con todos los biológicos en la población susceptible.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

En cumplimiento de los lineamientos establecidos por el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), se llevó a cabo una jornada de vacunación dirigida a la población susceptible del municipio, con el propósito de fortalecer las coberturas útiles de vacunación y garantizar el acceso oportuno a los biológicos contemplados en el esquema nacional de inmunización.

La jornada se desarrolló tanto de manera intramural como extrahospitalaria, realizando actividades de vacunación en el parque principal del municipio, estrategia implementada con el fin de acercar los servicios de salud a la comunidad, captar población susceptible y facilitar el acceso a la vacunación.

Durante la ejecución de la actividad se implementaron diferentes estrategias de difusión y convocatoria comunitaria orientadas a maximizar la participación de la población, entre ellas:

- **Publicaciones en redes sociales:** Se efectuaron publicaciones en plataformas oficiales y medios comunitarios con el objetivo de promover la asistencia y sensibilizar a la población sobre la importancia de la vacunación como medida de prevención.

- **Búsqueda activa de población susceptible:** Se realizaron acciones encaminadas a identificar y captar usuarios pendientes por iniciar o completar esquemas de vacunación.

La actividad contó con la participación de personal de salud debidamente capacitado, quienes garantizaron el adecuado manejo de los biológicos, el cumplimiento de las normas de bioseguridad y la correcta aplicación de los lineamientos técnicos vigentes establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

ANEXOS:

Fotográfica	X
Registro de asistencia	
Anexo documental	
Capturas de pantalla	
Material audiovisual	

OBSERVACIONES:_____

Diana Sánchez Bolaños
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Monica Alejandra Osorio
QUIÉN RECIBE LA ACTIVIDAD

	REPÚBLICA DE COLOMBIA **DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE APÍA** **NIT 891.480.022-3** **SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN** **REGISTRO ACTIVIDADES**	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)
ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

TIPO DE INTERVENCIÓN	Información en salud
FECHA	28-04-2026
ACTIVIDAD	Jornada de vacunación
REPRESENTANTE LEGAL O LÍDER	Mónica Osorio Gaviria
CODIGO CUPS	I10307

OBJETIVO:

Realizar jornada extramural de vacunación con el fin de captar población susceptible, garantizando el acceso oportuno a los biológicos contemplados en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), mediante estrategias de búsqueda activa y acercamiento institucional a poblaciones priorizadas.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

En cumplimiento con los lineamientos establecidos por el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), se llevó a cabo una jornada de vacunación de manera extramural dirigida a población susceptible identificada en el territorio.

La actividad fue previamente concertada con el líder del proceso, definiendo el traslado del personal vacunador y los insumos requeridos hacia el Hogar Santa Clara y el establecimiento destinado a la atención de población privada de la libertad, con el propósito de fortalecer las coberturas de vacunación y facilitar el acceso a los servicios de inmunización.

Durante la jornada se realizó revisión de antecedentes vacunales, verificación de esquemas, educación en salud sobre la importancia de la vacunación y aplicación de los biológicos correspondientes según edad, condición y lineamientos vigentes del esquema nacional.

La actividad contó con la participación del personal de salud debidamente capacitado y con todos los insumos necesarios para garantizar un proceso seguro, eficiente y conforme a la normatividad vigente, asegurando el mantenimiento de la cadena de frío, el adecuado

diligenciamiento de los registros institucionales y el cumplimiento de las medidas de bioseguridad

ANEXOS:

Fotográfica	X
Registro de asistencia	
Anexo documental	
Capturas de pantalla	
Material audiovisual	

OBSERVACIONES:_____

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Monica Alejandra Osorio

QUIÉN RECIBE LA ACTIVIDAD

	REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE APÍA NIT 891.480.022-3 SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN REGISTRO ACTIVIDADES	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

ACTIVIDAD 13

Realizar intervenciones de educación y comunicación con padres, madres y cuidadores, orientadas a promover prácticas de crianza respetuosa, resolución pacífica de conflictos y fortalecimiento de habilidades para el cuidado y acompañamiento de niños, niñas y adolescentes.

	REPÚBLICA DE COLOMBIA **DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE APÍA** **NIT 891.480.022-3** **SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN** **REGISTRO ACTIVIDADES**	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

TIPO DE INTERVENCIÓN	Educación y Comunicación en prácticas de cuidado y crianza.
FECHA	Día 05 - Mes 05- Año 2026. Vereda La María
ACTIVIDAD	Fortaleciendo lazos familiares."Sosteniendo a mi familia".
REPRESENTANTE LEGAL O LÍDER	Yasmith Bonilla
CÓDIGO CUPS	I11601

OBJETIVO:
Realizar intervenciones de educación y comunicación con padres, madres y cuidadores, orientadas a promover prácticas de crianza respetuosa, la resolución pacífica de conflictos y el fortalecimiento de habilidades para el cuidado y acompañamiento de niños, niñas y adolescentes.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

Se llevó a cabo una actividad grupal con padres, madres y cuidadores de la vereda La María, orientada al fortalecimiento de pautas de crianza idóneas y vínculos familiares saludables, mediante una dinámica participativa y reflexiva. A cada participante se le entregó un globo, solicitándoles inflarlo y escribir en él el nombre de sus hijos u otros miembros significativos de su familia, así como las emociones y sentimientos que les genera la crianza y la convivencia familiar. Posteriormente, se indicó mantener el globo en el aire sin dejarlo caer, promoviendo el trabajo conjunto y la atención constante. A partir de la dinámica, se realizó una reflexión guiada donde se explicó que, así como sostenían el globo para evitar que cayera, de igual manera las familias requieren cuidado, acompañamiento, protección y compromiso permanente para mantenerse fortalecidas. Se abordó la importancia de implementar pautas de crianza basadas en el amor, la comunicación asertiva, el respeto, el establecimiento de límites adecuados y la validación emocional de niños, niñas y adolescentes. Asimismo, se promovió la identificación de factores de

riesgo que pueden afectar la convivencia familiar, tales como la violencia, la negligencia, la sobreprotección y la falta de comunicación, así como el reconocimiento y fortalecimiento de factores protectores dentro del hogar. Durante la actividad, los participantes mostraron disposición, participación activa y apertura al diálogo, logrando establecer conexiones significativas entre la dinámica desarrollada y su rol dentro del sistema familiar. La jornada permitió sensibilizar a los asistentes frente a la importancia de ejercer una crianza consciente y protectora, fortaleciendo habilidades parentales orientadas al bienestar emocional y al desarrollo integral de los hijos e hijas.

ANEXOS:

Fotográfica	X
Registro de asistencia	X
Anexo documental	
Capturas de pantalla	
Material audiovisual	

OBSERVACIONES: Ninguna

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

QUIÉN RECIBE LA ACTIVIDAD

	REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE APÍA NIT 891.480.022-3 SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN REGISTRO ACTIVIDADES	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

Educación y Comunicación en Prácticas de cuidado y crianza. 05 - mayo -2026 Zona Rural vereda La María.

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE APIA
NIT 891.408.022-3
SECRETARIA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUCACION
REGISTRO DE ATENCION A LA COMUNIDAD

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl

ESE HOSPITAL
SAN VICENTE DE PAÚL
APIA- RISARALDA

Entidad: E.S.E H.S.V.P

Fecha: Dia 05 Mes Mayo Año 2026

Actividad: Fortaleciendo "Lazos Familiares"

Duración: 4horas CODIGO CUPS: 1n601

Poblacion objeto: Población en general.

Responsable de la Actividad: Paula Lorena Castaño

TIPO DE INTERVENCIÓN - PROCEDIMIENTO - ACTIVIDAD

RBC ☐ PREVENCIÓN Y CONTROL VECTORES ☐ CONFORMACIÓN REDES ☐ ZOE - CENTRO ESCUCHA ☐ INFORMACIÓN EN SALUD ☐

EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD ☐ TRABAJADORES INFORMALES ☐ CANALIZACIÓN ☐ CARACTERIZACIÓN ☐ JORNADA DE SALUD ☐

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	Nº DOCUMENTO	ENTIDAD, LOCALIDAD, VEREDA, BARRIO	TELEFONO	CICLO VITAL						ESTRATO				GENERO		CARACTERIZACION DE LA POBLACION						GRUPO ÉTNICO				AFILIACION SGSSS				FIRMA	AUTORIZO TRATAMIENTO DATOS PERSONALES	
					0-5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60	1	2	3	OTRO	F	M	Madre Cabeza Hogar	Victimas del desplazamiento	Red unidos Familias en accion	Discapacidad	A	I	E	O	Contributivo	Subsidiado	Vinculado	P - I - O		SI	NO
1	Yasmin Bonilla	65706378	vda la Maña	3135459349					X		X				X									X		X			Yasmin B.	X	
2	Mª Omaira Jaramillo	24 912.322	vda la Maña	3013830927						X	X				X									X		X			Omaira Jaramillo	X	
3	Luz Nelfi Granada	31497529	vda la Maña	3103793813					X		X				X									X		X			Luz Nelfy G	X	
4	Erika A. Calle Soto	1088336359	vda la Maña	3217536466					X		X				X									X		X			Erika Calle	X	
5	Mariana Londoño	1092558812	vda la Maña	3126986927				X			X				X									X		X			Mariana L	X	
6	Miriam Rosa Jimenez	24.912.649	vda la Maña	3127551899						X	X				X									X		X			Miriam Jimenez	X	
7	Leidy V. Tapasco	1004680144	vda la Maña	3137152362				X			X				X									X		X			Leidy Vanesa	X	
8	Yeimy Andrea Campo	1010025568	vda la Maña	3206323724					X		X				X									X		X			Yeimi Andrea C	X	
9	Soramy Valencia R.	1088537883	vda la Maña	3168973671					X		X				X									X		X			Soramy Valencia	X	
10	Mª Dolly Moreno	45341239	vda la Maña	3127031273					X		X				X									X		X			Maria Dolly M	X	
11	Maly Eliana Rojas	1001020447	vda la Maña	3005587910				X			X				X									X		X			Maly E. Rojas	X	
12	Maria Solangel Ortiz	1061369209	vda la Maña	3016933426					X		X				X									X		X			Ma Solangel O	X	
13	Yenyda Becerra	1088536250	vda la Maña	3225549490					X		X				X									X		X			Yenyda	X	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE APIA
NIT 891.480.022-3
SECRETARIA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUCACION
REGISTRO DE ATENCION A LA COMUNIDAD

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl

ESE HOSPITAL
SAN VICENTE DE PAÚL
APIA- RISARALDA

Entidad: E.S.E H.S.V.P

Fecha: Dia 05 Mes Mayo Año 2026

Actividad: Fortaleciendo lazos familiares

Duración: 2horas CODIGO CUPS: 1m601

Poblacion objeto: Adulto - Poblacion en general

Responsable de la Actividad: Claudia L. Castaño

TIPO DE INTERVENCIÓN - PROCEDIMIENTO - ACTIVIDAD

RIAC ☐ PREVENCIÓN Y CONTROL VECTORES ☐ CONFORMACIÓN REDES ☐ ZOE - CENTRO ESCUCHA ☐ INFORMACIÓN EN SALUD ☐

EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD ☐ TRABAJADORES INFORMALES ☐ CANALIZACIÓN ☐ CARACTERIZACIÓN ☐ JORNADA DE SALUD ☐

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	Nº DOCUMENTO	ENTIDAD, LOCALIDAD, VEREDA, BARRIO	TELEFONO	CICLO VITAL						ESTRATO				GENERO		CARACTERIZACION DE LA POBLACION						GRUPO ÉTNICO				AFILIACION SGSSS				FIRMA	AUTORIZO TRATAMIENTO DATOS PERSONALES	
					0-5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60	1	2	3	OTRO	F	M	Madre Cabeza Hogar	Victimas del desplazamiento	Red unidos	Reinsertados	Discapacidad	A	I	R	O	Contributivo	Subsidiado	Vinculado	P - E		SI	NO
1	Gloria Nancy Restrepo	24-413639	vda la Maria	3183446031					X		X				X									X		X			Gloria N. Restrepo	X	
2	Martha Isabel Calle	24-415264	vda la Maria	3137345075					X		X				X									X		X			Martha I. Calle	X	
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																
11																																
12																																
13																																

ACTIVIDAD 15

Desarrollar jornadas educativas comunitarias orientadas a la prevención de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), promoviendo prácticas de autocuidado, higiene y consulta oportuna en la población general.

	REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE APÍA NIT 891.480.022-3 SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN **REGISTRO ACTIVIDADES**	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apia Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

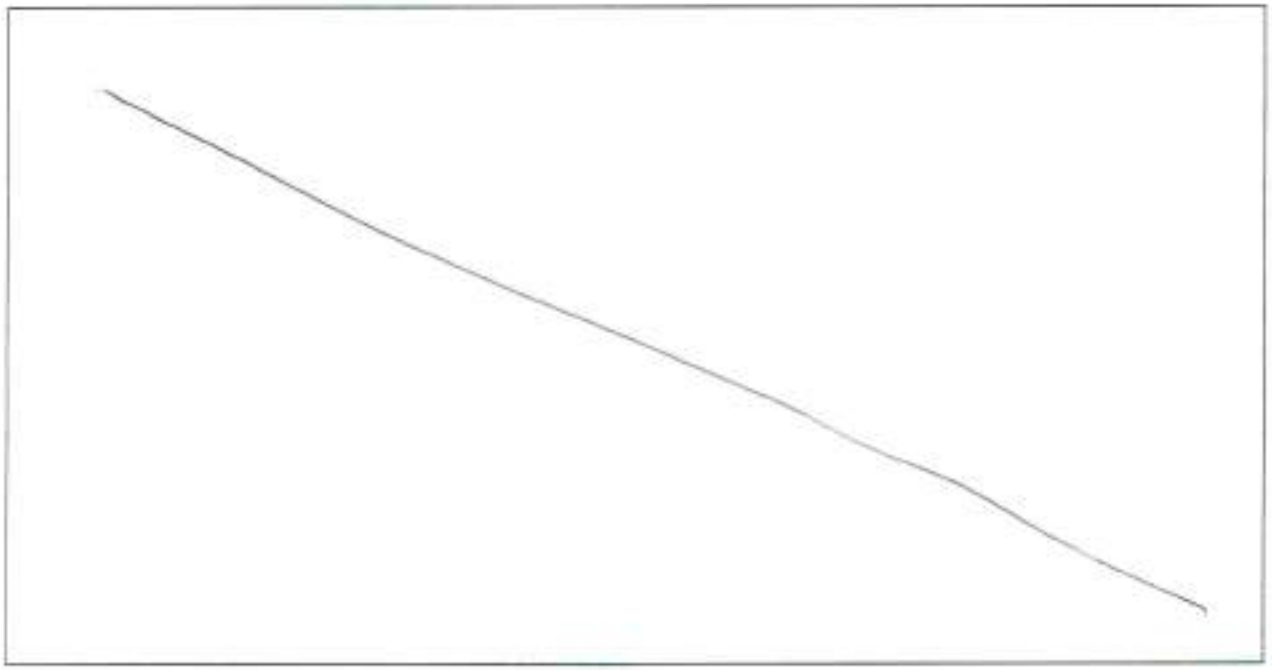
TIPO DE INTERVENCIÓN	Charla educativa
FECHA	Día – Mes- Año 24 04 26.
ACTIVIDAD	Educacion IRA-EDA
REPRESENTANTE LEGAL O LÍDER	
CODIGO CUPS	I11301-I11302

OBJETIVO:

Fortalecer los conocimientos de la población sobre la prevención, identificación temprana y manejo adecuado de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), promoviendo prácticas saludables y la consulta oportuna a los servicios de salud para disminuir complicaciones, especialmente en población vulnerable como niños menores de 5 años y adultos mayores.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

En el marco de las actividades de promoción y prevención se realizó jornada educativa sobre Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) en el Hogar del Anciano, dirigida al personal cuidador y funcionarios de la institución, con el propósito de fortalecer los conocimientos relacionados con la prevención, identificación oportuna y manejo inicial de estas patologías en la población adulta mayor, considerada grupo vulnerable. Durante la actividad se brindó información sobre definición, causas más frecuentes, factores de riesgo y signos y síntomas de alarma tales como dificultad respiratoria, fiebre persistente, tos con expectoración, alteración del estado general, signos de deshidratación, diarrea persistente y vómito continuo. Asimismo, se reforzaron medidas preventivas como el adecuado lavado de manos, esquema de vacunación al día (influenza y neumococo), correcta manipulación y conservación de alimentos, adecuada hidratación, ventilación de los espacios y consulta oportuna ante la aparición de síntomas. Se enfatizó en la importancia de la vigilancia permanente del estado de salud de los adultos mayores y la remisión inmediata al servicio de salud ante la presencia de signos de alarma. La actividad se desarrolló mediante charla educativa y resolución de inquietudes, evidenciándose buena participación, receptividad y compromiso por parte de los asistentes.



ANEXOS:

Fotográfica	X
Registro de asistencia	
Anexo documental	
Capturas de pantalla	
Material audiovisual	

OBSERVACIONES:_____

Laura Morillo.
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Diana María Castrillón
QUIÉN RECIBE LA ACTIVIDAD

	REPÚBLICA DE COLOMBIA **DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE APÍA** **NIT 891.480.022-3** **SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN** **REGISTRO ACTIVIDADES**	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

ACTIVIDAD 16

Realizar jornadas educativas sobre el uso adecuado de elementos de protección personal, prevención de intoxicaciones por productos químicos y prevención de tuberculosis asociada al trabajo en espacios confinados, dirigidas a trabajadores informales de la zona rural, fortaleciendo conocimientos y prácticas seguras en el entorno laboral.

	REPÚBLICA DE COLOMBIA **DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE APÍA** **NIT 891.480.022-3** **SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN** **REGISTRO ACTIVIDADES**	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

TIPO DE INTERVENCIÓN	Charla Educativa.
FECHA	Día – Mes- Año 24/04/2026 Zona Rural.
ACTIVIDAD	Charla educativa sobre la prevencion de tuberculosis y uso de EPP.
REPRESENTANTE LEGAL O LÍDER	Nancy Liliana puerta.
CODIGO CUPS	I11603

OBJETIVO:

Realizar jornada educativa sobre la proteccion y cuidados con los elementos de proteccion para manejar y cuidar, prevenir una tuberculosis asociada al trabajo confinado.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

Se realiza una actividad con la población de la vereda Mata-caña, sensibilizando a los personas sobre el uso adecuado de los elementos de protección, para prevenir contagios los sintomas de tuberculosis, consientizar a todos los personas la importancia de la vacunacion, la ventilación constante de espacios, buena iluminación solar, higiene respiratoria (cubrirse al toser) y el Tratamiento oportuno de pacientes para evitar contagios, mantener una dieta balanceada y el sistema inmunologico fuerte ayuda a prevenir la enfermedad

	REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE APÍA NIT 891.480.022-3 SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN **REGISTRO ACTIVIDADES**	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

Analizar que riesgo existen y las consecuencias puede haber y que acciones de prevencion se deben aplicar el uso correcto de elementos de protección personal y brindar recomendaciones sobre el uso seguro de los espacios.

ANEXOS:

Fotográfica	X
Registro de asistencia	X
Anexo documental	
Capturas de pantalla	
Material audiovisual	

OBSERVACIONES: Ninguna.

Alexis Cortes Zelaya
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Nancy Liliana Puerta 65768778
QUIÉN RECIBE LA ACTIVIDAD

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE APIA
NIT 891.480.022-3
SECRETARIA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUCACION
REGISTRO DE ATENCION A LA COMUNIDAD

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apia Risaralda

ESE HOSPITAL
SAN VICENTE DE PAÚL
APIA- RISARALDA

Entidad: E.S.E. Hospital San Vicente de paul.
Actividad: Charla Educativa sobre los cuidados de la tuberculosis
Poblacion objeto: Poblacion Adulta.

Fecha: Dia 24 Mes 04 Año 2026
Duración: 2 Horas CODIGO CUPS: I 17603
Responsable de la Actividad: Adriana Bueno

TIPO DE INTERVENCIÓN - PROCEDIMIENTO - ACTIVIDAD

RBC ☐ PREVENCIÓN Y CONTROL VECTORES ☐ CONFORMACIÓN REDES ☐ ZOE - CENTRO ESCUCHA ☐ INFORMACIÓN EN SALUD ☐
EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD ☐ TRABAJADORES INFORMALES ☐ CANALIZACIÓN ☐ CARACTERIZACIÓN ☐ JORNADA DE SALUD ☐

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	N°DOCUMENTO	ENTIDAD, LOCALIDAD, VEREDA, BARRIO	TELEFONO	CICLO VITAL						ESTRATO				GENERO		CARACTERIZACION DE LA POBLACION						GRUPO ÉTNICO				APILIACION SGSSS				FIRMA	AUTORIZO TRATAMIENTO DATOS PERSONALES	
					0-5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60	1	2	3	OTRO	F	M	Madre Cabeza Hogar	Victimas del desplazamiento	Red unidos	Familias en accion	Discapacidad	A	I	R	O	Contributivo	Subsidiado	Vinculado	o - - o		SI	NO
1	Maria Edilma Ocampo	24413536	Mate Caña	3176250490					X			X			X		X												Edilma O P.	X	
2	Nubia Mercado Mendoza	24413824	Mate Caña	3197165256					X			X			X		X												Nubia Mercado M	X	
3	Azareth Mercado Ruiz	24413787	Mate Caña	3025401454					X			X			X		X												Azareth Mercado	X	
4	Diana Patricia Ocampo	25249107	Mate Caña	3142646475					X			X			X		X												Diana P Ocampo	X	
5	Yohana A. Isaiza	24415474	Mate Caña	3194032946					X			X				X	X												Yohana Andrea Al.	X	
6	Flor Elcia Pajoy	24528077	Mate Caña	3122384891					X			X			X		X												Flor Elcia Pajoy	X	
7	Vanessa Ruiz Pajoy	1088538058	Mate Caña	3125406431				X				X			X		X												Yorlin Vanessa RR.	X	
8	Erika Quintero	1088538344	Mate Caña	3214139044				X				X			X		X												Erika Q	X	
9	Juan Carlos Pamplona	1088536358	Mate Caña	3147147339					X			X				X														X	
10	Cesar Fernando Pineda P.	1107041133	Mate - Caña	3138377485					X			X				X														X	
11	Diana Marcela M.	25248197	Mate Caña	3155520424					X			X			X		X												Diana M Maria	X	
12	Gloria Ines Mercado	24413818	Mate Caña	3156280892					X			X			X		X												Gloria Ines Mercado R		
13	Dilam Martinez	1098841816	Mate Caña	3168537818					X			X			X		X												DILAM MARTINEZ R		

SINTOMAS DE LA TUBERCULOSIS

Tos y catarro por mas de 15 dias

Perdida de peso

Fiebre

Sudoración nocturna

Decaimiento

CÒMO PREVENIR LA TUBERCULOSIS

Dieta Saludable

Vacúnate

Vitaminate

Realizar Radiografía de pulmones

Deja de fumar

Evita el contacto con personas enfermas

¿Cómo prevenir la tuberculosis?

Cero TB en el trabajo

MANTÉN VENTILADOS LOS AMBIENTES
Abre las ventanas para que tengas un ambiente libre de microbios.

LLEVA UNA ALIMENTACIÓN BALANCEADA
Fortalecerá tu sistema inmune y te protegerá ante las enfermedades.

PRACTICA EJERCICIO FÍSICO
30 minutos diarios favorece la buena salud.

Abre las ventanas, **respira vida.**

	REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE APÍA NIT 891.480.022-3 SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN REGISTRO ACTIVIDADES	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

ACTIVIDAD 18

Promover la higiene y salud bucal en primera infancia, infancia y adolescencia mediante el fortalecimiento de la estrategia "Soy Generación Más Sonriente", dirigida a cuidadores, adolescentes y gestantes menores de 18 años, garantizando acceso a intervenciones y jornadas de aplicación de barniz de flúor.

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE APIA
NIT 891.480.022-3
SECRETARIA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUCACION
REGISTRO DE ATENCION A LA COMUNIDAD

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl

ESE HOSPITAL
SAN VICENTE DE PAÚL
APIA- RISARALDA

Entidad: ESE HSVP
Actividad: Promover Higiene y Salud bucal "Sonrisa Generacional Saludable" Fecha: Día 28 Mes Abril Año 2026.
Duración: 2 CODIGO CUPS: 110404
Poblacion objeto: Primera Infancia - Infancia
Responsable de la Actividad: Javier Camilo Cano

TIPO DE INTERVENCIÓN - PROCEDIMIENTO - ACTIVIDAD

RBC ☐ PREVENCIÓN Y CONTROL VECTORES ☐ CONFORMACIÓN REDES ☐ ZOE - CENTRO ESCUCHA ☐ INFORMACIÓN EN SALUD ☐
EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD ☐ TRABAJADORES INFORMALES ☐ CANALIZACIÓN ☐ CARACTERIZACIÓN ☐ JORNADA DE SALUD ☐

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	Nº DOCUMENTO	ENTIDAD, LOCALIDAD, VEREDA, BARRIO	TELEFONO	CICLO VITAL						ESTRATO				GENERO		CARACTERIZACION DE LA POBLACION						GRUPO ETNICO				AFILIACION SGSSS				FIRMA	AUTORIZO TRATAMIENTO DATOS PERSONALES	
					0-5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60	1	2	3	OTRO	F	M	Madre Cabeza Hogar	Victimas del desplazamiento	Red unidos Reinsercion	Discapacidad	A	I	R	O	Contributivo	Subsidiado	Vinculado	P.P.L.		SI	NO
1	Gerard Manuel Arias M	1111127520	Sagrada Familia	3212193461	5						X					X													Gerard Manuel Arias	X	
2	Danna S Betancurth R.	1088531380	Sagrada Familia	3215788313	5						X				X														Danna Sofia Betancurth	X	
3	Alan Mathias Bolivar C	1088605426	Sagrada Familia	3206216814	5							X				X													Alan Mathias Bolivar	X	
4	Sara Cano Borja	1088605968	Sagrada Familia	3123384952	5							X			X														Sara Cano Borja	X	
5	Juan Jose Castrillon P	1088538586	Sagrada Familia	3137103527	5						X					X														Juan Jose Castrillon	X	
6	Elizabeth Correa Lopez	1088605959	Sagrada Familia	3215761211	5							X			X															Elizabeth Correa Lopez	X	
7	Samara Figueroa Arcila	1088605977	Sagrada Familia	3217137210	5						X				X															Samara Figueroa Arcila	X	
8	Valery Gallego Angel	1088603816	Sagrada Familia	3132428978	5						X				X															Valery Gallego Angel	X	
9	Santiago Giraldo	1088605922	Sagrada Familia	3106313160	5							X				X														Santiago Giraldo	X	
10	Thatiana Giraldo O	1054892901	Sagrada Familia	3107752196	5							X			X															Thatiana Giraldo	X	
11	Sara Gonzalez Rada	1030147103	Sagrada Familia	3108940890	5							X			X															Sara Gonzalez Rada	X	
12	Nicolas Gutierrez Taborda	1088605853	Sagrada Familia	3147193191	5						X					X														Nicolas Gutierrez T.	X	
13	Cristopher Hernandez L	1088605856	Sagrada Familia	3203064954	5							X				X														Cristopher Hernandez L.	X	

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE APIA
NIT 891.480.022-3
SECRETARIA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUCACION
REGISTRO DE ATENCION A LA COMUNIDAD

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl

ESE HOSPITAL
SAN VICENTE DE PAÚL
APIA- RISARALDA

Entidad: ESE HSVP
Actividad: Promover higiene y salud bucal "Hoy generación más sonriente"
Población objeto: Primera infancia - infancia
Fecha: Día 28 Mes 04 Año 2026
Duración: CODIGO CUPS: 110404
Responsable de la Actividad: Laura Camila Caro

TIPO DE INTERVENCIÓN - PROCEDIMIENTO - ACTIVIDAD

RIAC ☐ PREVENCIÓN Y CONTROL VECTORES ☐ CONFORMACIÓN REDES ☐ ZOE - CENTRO ESCUCHA ☐ INFORMACIÓN EN SALUD ☐
EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD ☐ TRABAJADORES INFORMALES ☐ CANALIZACIÓN ☐ CARACTERIZACIÓN ☐ JORNADA DE SALUD ☐

N°	NOMBRE Y APELLIDO	N°DOCUMENTO	ENTIDAD, LOCALIDAD, VEREDA, BARRIO	TELEFONO	CICLO VITAL						ESTRATO				GENERO		CARACTERIZACION DE LA POBLACION					GRUPO ÉTNICO				AFILIACION SGSSS				FIRMA	AUTORIZO TRATAMIENTO DATOS PERSONALES	
					0-5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60	1	2	3	OTRO	F	M	Madre Cabeza Hogar	Victimas del desplazamiento	Red unidos	Reinsertado	Discapacidad	A	I	R	O	Contributiva	Subsidiado	Vinculado	+ - + -		SI	NO
1	Nancy Jimenez Sanchez	1088605927	Engracia familia	3148962231								X			X														Nancy Jimenez Sanchez	X	
2	Ana Maria Echeverry	1088605962	Engracia familia	3108942365							X				X														Ana Maria Echeverry	X	
3	Guadalupe Marin Cuervo	1088605958	Engracia familia	3137103674								X			X														Guadalupe Marin	X	
4	Samantha Martinez B	1088605916	Engracia familia	3225938995								X			X														Samantha Martinez B	X	
5	Isabella Murillo P	1088605373	Engracia familia	3136915310								X			X														Isabella Murillo	X	
6	Karol Yiset Arbeláez	1088605935	Engracia familia	3215083015							X				X														Karol Arbeláez	X	
7	Violeta Parra Arango	1088605386	Engracia familia	3218560475								X			X														Violeta Parra Arango	X	
8	Emily S Parra Echeverri	1061373730	Engracia familia	3207106923								X			X														Emily Parra G	X	
9	Alexandra Murillo Gallego	1088539369	Engracia familia	3136235530							X				X														Alexandra Murillo	X	
10	Angel Herrera Jimenez	1088534385	Engracia familia	3215566371								X				X													Angel Herrera Jimenez	X	
11	Geronimo torres Rendon	1088605902	Engracia familia	3017139123							X					X													Geronimo torres Rendon	X	
12	Daelyn Vanegas Henao	1232813753	Engracia familia	3136198612								X			X														Daelyn Vanegas Henao	X	
13	Erick S Vargas Tamayo	1088534391	Engracia Familia	3125150210								X				X													Erick Vargas	X	

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE APIA
NIT 891.480.022-3
SECRETARIA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUCACION
REGISTRO DE ATENCION A LA COMUNIDAD

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl

ESE HOSPITAL
SAN VICENTE DE PAÚL
APIA- RISARALDA

Entidad: ESE HSVP

Fecha: Dia 28 Mes 04 Año 2026

Actividad: Promoción higiene y salud bucal "Soy generación más sonriente" Duración: 2 CODIGO CUPS: 110404

Poblacion objeto: Primera Infancia - Infancia

Responsable de la Actividad: Laura Camila Cano.

TIPO DE INTERVENCIÓN - PROCEDIMIENTO - ACTIVIDAD

RBC ☐ PREVENCIÓN Y CONTROL VECTORES ☐ CONFORMACIÓN REDES ☐ ZOE - CENTRO ESCUCHA ☐ INFORMACIÓN EN SALUD ☐

EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD ☐ TRABAJADORES INFORMALES ☐ CANALIZACIÓN ☐ CARACTERIZACIÓN ☐ JORNADA DE SALUD ☐

N°	NOMBRE Y APELLIDO	N°DOCUMENTO	ENTIDAD, LOCALIDAD, VEREDA, BARRIO	TELEFONO	CICLO VITAL						ESTRATO				GENERO		CARACTERIZACION DE LA POBLACION						GRUPO ÉTNICO				AFILIACIÓN SGSSS				FIRMA	AUTORIZO TRATAMIENTO DATOS PERSONALES	
					0-5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60	1	2	3	OTRO	H	M	Madre Cabeza Hogar	Victimas del desplazamiento	Red unidos	Familias en acción	Discapacidad	A	I	R	O	Contributivo	Subsidiado	Vinculado	P.P.L.A.		SI	NO
1	Villegas Ruiz Julieta	1088660536	Sagrado Familia	3205083775								X			X														Julieta Villegas R	X	
2	Maria Belen Vinasco	1088665802	Sagrada familia	3117573692								X			X														Maria Belen Vinasco	X	
3	Emiliano Alvarez Hurtado	1088684011	Sagrada Familia	3216668311								X				X													Emiliano Alvarez	X	
4	Maximiliano Becerra E	1088653847	Sagrada Familia	3127032918								X				X													Maximiliano Becerra	X	
5	Daniela S Cabrera B.	71079899	Sagrada familia	3045357100							X				X														Daniela Cabrera.	X	
6	Tomas Cuartas Restrepo	1088168274	Sagrada familia	3136085728								X				X													Tomas Cuartas R	X	
7	Ana Estefania Arce	1088655372	Sagrada familia	3135240897							X				X														Ana Estefania Arce	X	
8	Luciana Gallego Tinguy	1088655255	Sagrada familia	3152878512							X				X														Luciana Gallego T	X	
9	Matthias Granada Arcila	1088658961	Sagrada familia	3233385456							X					X													Matthias Granada A	X	
10	Jeronimo Gomez Alzate	1088110432	Sagrada familia	3127677271								X				X													Jeronimo Gomez A	X	
11	Emiliano Jaramillo A.	1088658363	Sagrada familia	3114653981							X					X													Emiliano Jaramillo	X	
12	Emma Londoño Villegas	1088168964	Sagrada familia	3216688011								X			X														Emma Londoño V	X	
13	Juanita Alzate Soto	1088168266	Sagrada familia	3215242108								X			X														Juanita Alzate S.	X	