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: Caldas
1.2. Municipio: Aguadas
1.3. Localidad/comuna: No Aplica
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Suburbio
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Zona de Tolerancia
1.6. Lugar de la actividad: Zona de Tolerancia
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: ESE Hospital San Jose de Aguadas

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Caldas
2.2. Municipio: Aguadas
2.3. Localidad/comuna: No aplica
2.4. Barrio: Verde pito Finca San Antonio

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: 1007.709.225

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Jhon	Alexander	Candamil	Candamil

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

3.5. Sexo asignado al nacer: ● Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1999 | 12 | 21
3.6.1 Edad en años cumplidos: 26

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

3.8. Régimen: ○ Contributivo ● Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: 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: 10

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH): Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ● NO

7. IPS de atención regular:

Observaciones:

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

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_01_2023

1.1. Fecha: 2026 | 04 | 17
1.2. Entidad que realiza la actividad: ○ SS ○ OBC ● IPS/ESE ○ ONG ○ Otra
1.3. Nombre de la institución/organización: ESE Hospital San Jose
1.4. Departamento: Caldas
1.5. Municipio: Aguadas
1.6. Localidad/comuna: No Aplica
1.7. Barrio: Suburbio

2. Datos de quién firma el consentimiento informado

2.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ● CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
2.2. Número de identificación: 1007 709 225
2.3. Nombres y apellidos: Jhon Alexander Candamil
2.4. Régimen: Subsidiado
2.5. Aseguradora: Salud Total

3. 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
● VIH	○ Reactivo ● No reactivo	● Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos	Onsite HIV 1/2 AB/P24	FO91OW1E030	2027 | 09 | 14
● Sífilis	○ Positivo ● Negativo	● Anticuerpos	Onsite Syphilis	F1106W12E020	2027 | 11 | 06
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Antígenos			
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos			

4. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado:

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos			

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

6. Datos de quien realiza la prueba: Nombre: Carlos Andres Valencia | Firma | Cédula de ciudadanía: 1055831336

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.

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: Caldas
1.2. Municipio: Aguadas
1.3. Localidad/comuna: NO aplica
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Suburbio
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Zona de tolerancia
1.6. Lugar de la actividad: Zona de tolerancia
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: E.S.E Hospital San José de Aguadas

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Antioquia
2.2. Municipio: Medellin
2.3. Localidad/comuna: NO APlica
2.4. Barrio: Loreto

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: 20.267.071

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Jennect	Alexandra	Soto	Trujillo

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 | 17 | ○ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Venezuela

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ● Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1991 | 04 | 09
3.6.1 Edad en años cumplidos: 35

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

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

10

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH)

Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ● NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

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

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_01_2023

1.1. Fecha: 2026 | 04 | 17
1.2. Entidad que realiza la actividad: ○ SS ○ OBC ● IPS/ESE ○ ONG ○ Otra
1.3. Nombre de la institución/organización: E.S.E Hospital San José
1.4. Departamento: Caldas
1.5. Municipio: Aguadas
1.6. Localidad/comuna: NO aplica
1.7. Barrio: Suburbio.

2. Datos de quién firma el consentimiento informado

2.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ○ CC ○ PA ● CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
2.2. Número de identificación: 20 267 071
2.3. Nombres y apellidos: Jennect Alexandra Soto
2.4. Régimen: Subsidiado
2.5. Aseguradora: Savia Salud

3. 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
● VIH	○ Reactivo ● No reactivo	● Anticuerpos ○ Antigenos/anticuerpos	Onsite HIV 1/2 AB PW	F0910W1E03D	2027 / 09 / 14
● Sífilis	○ Positivo ● Negativo	● Anticuerpos	Onsite syphilis Ab	F1006W127020	2027 / 11 / 06
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Antigenos			
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos			

4. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: | | |

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos ○ Antigenos/anticuerpos			

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

6. Datos de quien realiza la prueba | Nombre: Carlos Andrés Valencia | Firma: | Cédula de ciudadanía: 1055831336

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.

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: Caldas
1.2. Municipio: Aguadas
1.3. Localidad/comuna: No Aplica
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Suburbio
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Zona de tolerancia
1.6. Lugar de la actividad: Zona de tolerancia
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: E.S.E Hospital San José de Aguadas

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Antioquia
2.2. Municipio: Medellin
2.3. Localidad/comuna: No Aplica
2.4. Barrio: San jose de la cima 2

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ● CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1.128.466.640

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Eyndy	Leani	Osso	Carmona

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

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ● Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1987 | 10 | 10
3.6.1 Edad en años cumplidos: 38

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: 10

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH): Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ● NO

7. IPS de atención regular:

Observaciones:

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

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_01_2023

1.1. Fecha: 2026 | 04 | 17
1.2. Entidad que realiza la actividad: ○ SS ○ OBC ● IPS/ESE ○ ONG ○ Otra
1.3. Nombre de la institución/organización: E.S.E Hospital San José
1.4. Departamento: Caldas
1.5. Municipio: Aguadas
1.6. Localidad/comuna: No Aplica
1.7. Barrio: Suburbio

2. Datos de quién firma el consentimiento informado

2.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ● CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
2.2. Número de identificación: 1128 466 640
2.3. Nombres y apellidos: Eyndy Leani Osso Carmona
2.4. Régimen: Subsidiado
2.5. Aseguradora: salud total

3. 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
● VIH	○ Reactivo ● No reactivo	● Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos	Onsite HIV 1/2 AB/Ag	F0910W1E030	2027 / 09 / 14
● Sífilis	○ Positivo ● Negativo	● Anticuerpos	Onsite Syphilis Ab	F1106W12E020	2027 / 11 / 06
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Antígenos			
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos			

4. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado:

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos			

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

6. Datos de quien realiza la prueba: Nombre: Carlos Andrés Valencia | Firma | Cédula de ciudadanía: 1055831336

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.

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: Caldas
1.2. Municipio: Aguadas
1.3. Localidad/comuna: No Aplica
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Suburbio
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Zona de tolerancia
1.6. Lugar de la actividad: Zona de tolerancia
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: E.S.E. Hospital San José de Aguadas

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Caldas
2.2. Municipio: Aguadas
2.3. Localidad/comuna: No Aplica
2.4. Barrio: Vereda Viboral Finca el alto

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: 1025881481

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Alyzon	Nicolle	largacha	Alvarez

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

3.5. Sexo asignado al nacer	3.6. Fecha de nacimiento			3.6.1 Edad en años cumplidos
○ Hombre ● Mujer ○ Intersexual	2004	05	19	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: 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 ○ Lider/Lideresa sociedad civil
○ Motivación propia ○ Autotest Positivo ○ Autotest Negativo ○ Interés en PrEP ○ Redes Sociales/Casuales ○ www.tecuidamos.com.co

5. No. Condones: 10

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH) — Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ● NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

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

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_01_2023

1.1. Fecha: 2026 | 04 | 17
1.2. Entidad que realiza la actividad: ○ SS ○ OBC ● IPS/ESE ○ ONG ○ Otra
1.3. Nombre de la institución/organización: E.S.E Hospital San José
1.4. Departamento: Caldas
1.5. Municipio: Aguadas
1.6. Localidad/comuna: No Aplica
1.7. Barrio: Suburbio

2. Datos de quién firma el consentimiento informado

2.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ● CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT — 2.2. Número de identificación: 1025881418
2.3. Nombres y apellidos: Alyzon Nicolle largacha — 2.4. Régimen: subsidiado — 2.5. Aseguradora: salud TOTAL

3. 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
● VIH	○ Reactivo ● No reactivo	● Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos	Onsite HIV 1/2 AB plus	F0910W1E03D	2027 / 09 / 14
● Sífilis	○ Positivo ● Negativo	● Anticuerpos	Onsite syphilis AB	F1106W12E02D	2027 / 11 / 06
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Antígenos			
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos			

4. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado:

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos			

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

6. Datos de quien realiza la prueba — Nombre: Carlos Andrés Valencia — Firma: [signature] — Cédula de ciudadanía: 1055831336

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.

5

Version_01_2023

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

FORM 2.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Caldas
1.2. Municipio: Aguadas
1.3. Localidad/comuna: No Aplica
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Suburbio
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Zona de tolerancia
1.6. Lugar de la actividad: Zona de tolerancia
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: E.S.E Hospital San José de Aguadas

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Antioquia
2.2. Municipio: Medellin
2.3. Localidad/comuna: No Aplica
2.4. Barrio: Cra 31 C # 93 B-122 Manrique

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ● CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1.000.411.788

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Yeraldin		Mafla	Eusse

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 | 09 | 12 | ○ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ● Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1990 | 12 | 03
3.6.1 Edad en años cumplidos: 35

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

3.8. Régimen: ○ Contributivo ● Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Savia 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: 10

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH)

Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ● NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

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

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Version_01_2023

1.1. Fecha: 2026 | 04 | 17
1.2. Entidad que realiza la actividad: ○ SS ○ OBC ● IPS/ESE ○ ONG ○ Otra
1.3. Nombre de la institución/organización: E.S.E. Hospital San José
1.4. Departamento: Caldas
1.5. Municipio: Aguadas
1.6. Localidad/comuna: No aplica
1.7. Barrio: Suburbio.

2. Datos de quién firma el consentimiento informado

2.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ● CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
2.2. Número de identificación: 1000411788
2.3. Nombres y apellidos: Yeraldin Mafla Eusse
2.4. Régimen: Subsidiado
2.5. Aseguradora: Savia Salud

3. 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
● VIH	○ Reactivo ● No reactivo	● Anticuerpos ○ Antigenos/anticuerpos	Onsite HIV 1/2 Ab p24	F0910W1E03D	2027 / 09 / 14
● Sífilis	○ Positivo ● Negativo	● Anticuerpos	Onsite Syphilis Ab	Fn0ew12E02D	2027 / 11 / 06
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Antigenos			
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos			

4. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado:

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos ○ Antigenos/anticuerpos			

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

6. Datos de quien realiza la prueba: Nombre: Carlos Andrés Valencia | Firma | Cédula de ciudadanía: 1055831336

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.

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: Caldas
1.2. Municipio: Aguadas
1.3. Localidad/comuna: NO Aplica
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Suburbio
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Zona de tolerancia
1.6. Lugar de la actividad: Zona de tolerancia
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: E.S.E. Hospital San José de Aguadas

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Antioquia
2.2. Municipio: Medellin
2.3. Localidad/comuna: No Aplica
2.4. Barrio: Manrique Cra 39 # 79A-22

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: 1214719672

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Sara	Julieth	Cordoba	Marino

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 | 03 | 02 | ○ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ● Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1993 | 03 | 09
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: Savia 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: 10

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH)
Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ● NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

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

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_01_2023

1.1. Fecha: 2026 | 04 | 17
1.2. Entidad que realiza la actividad: ○ SS ○ OBC ● IPS/ESE ○ ONG ○ Otra
1.3. Nombre de la institución/organización
1.4. Departamento: Caldas
1.5. Municipio: Aguadas
1.6. Localidad/comuna: NO aplica
1.7. Barrio: SUBURBIO

2. Datos de quién firma el consentimiento informado

2.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ● CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
2.2. Número de identificación: 1214719672
2.3. Nombres y apellidos: Sara Julieth Cordoba
2.4. Régimen: subsidiado
2.5. Aseguradora: Savia Salud

3. 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
● VIH	○ Reactivo ● No reactivo	● Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos	Onsite HIV 1/2 Ab/Ag	F0910W1E03D	2027 / 09 / 14
● Sífilis	○ Positivo ● Negativo	● Anticuerpos	Onsite Syphilis Ab	F1106W12E02D	2027 / 11 / 06
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Antígenos			
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos			

4. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado:

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos			

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

6. Datos de quien realiza la prueba | Nombre: Carlos Andrés Valencia | Firma | Cédula de ciudadanía: 1035831336

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.

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: Caldas
1.2. Municipio: Aguadas
1.3. Localidad/comuna: No Aplica
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Suburbio
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Zona de Tolerancia
1.6. Lugar de la actividad: Zona de Tolerancia
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: ESE Hospital San Jose de Aguadas

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Antioquia
2.2. Municipio: Medellin
2.3. Localidad/comuna: No Aplica
2.4. Barrio: San Javier Calle 98A # 103BB-40

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: 1152201976

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Kelly	Yuliana	Muñoz	Loaiza

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

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ● Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1993 | 08 | 16
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: Savia 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: 10

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH): Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ● NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

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

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_01_2023

1.1. Fecha: 2026 | 04 | 17
1.2. Entidad que realiza la actividad: ○ SS ○ OBC ● IPS/ESE ○ ONG ○ Otra
1.3. Nombre de la institución/organización: ESE Hospital San Jose
1.4. Departamento: Caldas
1.5. Municipio: Aguadas
1.6. Localidad/comuna: No Aplica
1.7. Barrio: Suburbio

2. Datos de quién firma el consentimiento informado

2.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ● CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
2.2. Número de identificación: 1152201976
2.3. Nombres y apellidos: Kelly Yuliana Muñoz
2.4. Régimen: Subsidiado
2.5. Aseguradora: Savia Salud

3. 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		
● VIH	○ Reactivo ● No reactivo	● Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos	Onsite HIV 1/2 AB	F0411CW1E03D	2027	09	14
● Sífilis	○ Positivo ● Negativo	● Anticuerpos	Onsite Syphilis	F1106W12E020	2027	11	06
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Antígenos					
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos					

4. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado:

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos			

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

6. Datos de quien realiza la prueba: Nombre: Carlos Andres Valencia | Firma | Cédula de ciudadanía: 1053831336

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.

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: Caldas
1.2. Municipio: Aguadas
1.3. Localidad/comuna: NO aplica
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Suburbio
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Zona de Tolerancia
1.6. Lugar de la actividad: Zona de tolerancia
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: E.S.E Hospital San José Aguadas

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Antioquia
2.2. Municipio: Medellin
2.3. Localidad/comuna: NO APLICA
2.4. Barrio: Andalucia Cra 46 A # 110 # 93

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: 1015069400

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Kelly	Tatiana	Muñoz	Durango

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: 2025 | 07 | 15 | ○ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ● Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 2000 | 03 | 24
3.6.1 Edad en años cumplidos: 26

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

3.8. Régimen: ○ Contributivo ● Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Savia 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: 10

6. Programa PrEP (Aplica solo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH) — Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ● NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

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

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_01_2023

1.1. Fecha: 2026 | 04 | 17
1.2. Entidad que realiza la actividad: ○ SS ○ OBC ● IPS/ESE ○ ONG ○ Otra
1.3. Nombre de la institución/organización: E.S.E. Hospital San José
1.4. Departamento: Caldas
1.5. Municipio: Aguadas
1.6. Localidad/comuna: NO aplica
1.7. Barrio: Suburbio.

2. Datos de quién firma el consentimiento informado

2.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ● CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
2.2. Número de identificación: 1015069400
2.3. Nombres y apellidos: Kelly Tatiana Muñoz
2.4. Régimen: Subsidiado
2.5. Aseguradora: Savia Salud

3. 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
● VIH	○ Reactivo ● No reactivo	● Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos	Orate Hiv 1/2 Ag/Ab	F0910W1E03D	2027 / 09 / 14
● Sífilis	○ Positivo ● Negativo	● Anticuerpos	Orate Syphilis Ab	F1106W12E02D	2027 / 11 / 06
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Antígenos			
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos			

4. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado:

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos			

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

6. Datos de quien realiza la prueba: Nombre: Carlos Andrés Valencia | Firma | Cédula de ciudadanía: 1053831336

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.

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: Caldas
1.2. Municipio: Aguadas
1.3. Localidad/comuna: NO aplica
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Suburbio
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Zona de tolerancia
1.6. Lugar de la actividad: Zona de tolerancia
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: E.S.E. Hospital San José de Aguadas

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Antioquia
2.2. Municipio: Medellin
2.3. Localidad/comuna: No Aplica
2.4. Barrio: Andalucia la Francia Cra 46 A #110-86

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: 1000192910
3.3. Primer nombre: Marisela
3.3.1. Segundo nombre:
3.3.2. Primer apellido: Muñoz
3.3.3. Segundo apellido: Velasquez

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

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ● Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 2003 | 07 | 16
3.6.1 Edad en años cumplidos: 22

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: Suiza.

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: 10

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH): Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ● NO

7. IPS de atención regular:

Observaciones:

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

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_01_2023

1. Localización de la actividad

1.1. Fecha: 2026 | 04 | 17
1.2. Entidad que realiza la actividad: ○ SS ○ OBC ● IPS/ESE ○ ONG ○ Otra
1.3. Nombre de la institución/organización:
1.4. Departamento: Caldas
1.5. Municipio: Aguadas
1.6. Localidad/comuna: NO aplica
1.7. Barrio: Suburbio

2. Datos de quién firma el consentimiento informado

2.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI ● CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
2.2. Número de identificación: 1000192910
2.3. Nombres y apellidos: Marisela Muñoz Velasquez
2.4. Régimen: Subsidiado
2.5. Aseguradora: Suiza

3. 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
● VIH	○ Reactivo ● No reactivo	● Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos	Oraltek HIV 1/2 Ab plus	F0910W1E03D	2027 / 09 / 14
● Sífilis	○ Positivo ● Negativo	● Anticuerpos	Oraltek Syphilis Ab	FN0610W12E02D	2027 / 11 / 06
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Antígenos			
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos			

4. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado:

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos			

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

6. Datos de quien realiza la prueba: Nombre: Carlos Andres Valencia | Firma | Cédula de ciudadanía: 1055831336

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.

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: Caldas
1.2. Municipio: Aguadas
1.3. Localidad/comuna: NO aplica
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Suburbio
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Zona de tolerancia
1.6. Lugar de la actividad: Zona de tolerancia
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: E.S.E Hospital San José de Aguadas

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Antioquia
2.2. Municipio: Medellin
2.3. Localidad/comuna: No aplica
2.4. Barrio: Santo Domingo Calle 97A # 247-10

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: 1147957165

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Lina	Marcela	Mena	Charicha

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

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ● Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1992 | 10 | 21
3.6.1 Edad en años cumplidos

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: Savia 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: 10

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH) — Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ● NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

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

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_01_2023

1.1. Fecha: 2026 | 04 | 17
1.2. Entidad que realiza la actividad ○ SS ○ OBC ● IPS/ESE ○ ONG ○ Otra
1.3. Nombre de la institución/organización: E.S.E Hospital San José
1.4. Departamento: Caldas
1.5. Municipio: Aguadas
1.6. Localidad/comuna: NO aplica
1.7. Barrio: Suburbio.

2. Datos de quién firma el consentimiento informado

2.1. Tipo de documento ○ RC ○ TI ● CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT 2.2. Número de identificación: 1147957165
2.3. Nombres y apellidos: Lina Marcela Mena | 2.4. Régimen: Subsidiado | 2.5. Aseguradora: Savia Salud

3. 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
● VIH	○ Reactivo ● No reactivo	● Anticuerpos ○ Antigenos/anticuerpos	Orotte HIV 1/2 Ab Ag	F0910W12E03D	2027 / 09 / 14
● Sífilis	○ Positivo ● Negativo	● Anticuerpos	Orotte syphilis Ab	F1106W12E02D	2027 / 11 / 06
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Antígenos			
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos			

4. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado:

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos ○ Antigenos/anticuerpos			

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

6. Datos de quien realiza la prueba | Nombre: Carlos Andrés Valencia | Firma | Cédula de ciudadanía: 1055831336

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.