

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

Número ID formulario colectivo

2189758

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

1.1 Fecha (AAAA/MM/DD)

2026 06 19

1.2. Departamento Quindío

1.5. Tipo de lugar: Urbano

1.6. Nombre del lugar: Zona Centro

1.3. Municipio Filandia

1.7. Nombre de la organización/ institución ESE Hospital San Vicente de Paul.

1.4. Barrio de la actividad Zona Centro

1.8. Localidad/comuna de la actividad No aplica

Consecutivo	Nombres	Apellidos	Tipo de documento	Documento de identidad	Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD)	Sexo al nacer	Regimen	Nombre EPS	Grupo poblacional	Recibió paquetes		Recibió autotest		Cantidad de paquetes	Cantidad de condones	Aceptó información individual para pruebas de tamizaje		Canalizado a:					Firma de quién recibe	Observaciones	
										SI	NO	SI	NO			SI	NO	Servicios de salud	Servicios sociales	Vacunación Hepatitis B	Programa PREP	Cito			Ninguno
1	Yawseth Jose	Quigada Sanchez	PPT	1250097	1995/11/16	X	Sub	N. EPS	POB. GEN	X				1	10	X							X		
2	Daniel	Martinez Quitumbo	CC	1193392997	2002/07/13	X	Sub	Asmet Salud	Victima.	X				1	10	X							X		
3	Carlos Estiven	Martinez Quitumbo	CC	1060109137	1998/08/26	X	Sub	Asmet Salud.	Victima.	X				1	10	X							X		
4	Jessica Maria	Cardona Marin	CC	1096645816	1993/04/12	X	Sub	Sanitas	POB. GEN	X				1	10	X							X		
5	Marilyn	Morales Hernandez	C	1096646389	1995/06/04	X	Sub	Surva	POB. GEN.	X				1	10	X							X		
6	Luis Eduardo	Moreno Santiago	PPT	1185464	1975/04/06	X	Sub	N. EPS	INMI. GRANTE	X				1	10	X							X		
7	Yenny Paola	Blanco Quintero	CC	1096647318	1998/12/31	X	Sub	N. EPS	POB. GEN	X				1	10	X							X		
8	Davidson	Martinez Villa	CC	1007386390	1993/07/05	X	Sub	Asmet Salud.	POB. GEN	X				1	10	X							X		
9	Kevin Stiben	Rojas Sosa	C	1096647382	1999/03/05	X	Sub	Sanitas	POB. GEN	X				1	10	X							X		
10	Nicolle	Marulanda Marin	C	1118.236382	2006/09/29	X	Sub	N. EPS	POB. GEN	X				1	10	X							X		

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 06 19

1.2. Departamento Quindío

1.5. Tipo de lugar: Urbano

1.6. Nombre del lugar: Zona Centro

1.3. Municipio Filandia

1.7. Nombre de la organización/ institución ESE Hospital San Vicente de Paul

1.4. Barrio de la actividad Zona Centro

1.8. Localidad/comuna de la actividad NO Aplica

Consecutivo	Nombres	Apellidos	Tipo de documento	Documento de identidad	Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD)	Sexo al nacer		Regimen	Nombre EPS	Grupo poblacional	Recibo paquetes		Recibo autotest		Cantidad de paquetes	Cantidad de condiciones	Aceptó información individual para pruebas de tamizaje		Canalizado a					Firma de quién recibe	Observaciones	
						Hombre	Mujer				SI	NO	SI	NO			SI	NO	Servicios de salud	Servicios sociales	Vacunación Hepatitis B	Programa PREP	Otro			Ninguno
1	Sava	Hernandez Pucita	E	1.005.206 568	2003/12/10	X			Sanitas	POB. GEN	X				1	10	X							X Sava Hernandez		
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										

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

Número ID formulario colectivo

2189758

Número de páginas FORM 1A.

3



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

1.1. Tipo de entidad que realiza la actividad

☐ Organización de Base Comunitaria
 ☒ Servicio de salud IPS/ ESE
 ☐ Otra. ¿Cuál? _____

☐ Organización no Gubernamental
 ☐ Secretaría de Salud

1.2. Tipo de actividad

☐ Encuentros de ciudadanía
 ☐ Talleres/ jornadas educativas
 ☒ Recorrido de calle
 ☐ Jornada de Salud

☐ Servicios de escucha
 ☐ Grupos de apoyo
 ☐ Asesoría Psicosocial
 ☐ Seguimiento de casos

☐ Actividad lúdico pedagógica
 ☐ Otro ¿Cuál? _____

1.3. Fecha de la actividad

2026 06 19

1.3.1. Duración promedio por participante

20

2. TEMAS Y DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Nombre de la actividad: Tamizaje - Adquisición y suministro de insumos

Temas abordados: Prevención e importancia del tamizaje de ITS.

Cantidad de líderes que coordinaron el evento: 1

Hora de inicio y final de la actividad: 10:00am - 01:00pm

Se entregan condones individuales o por paquetes: paquetes

Qué incluye el paquete: 10 condones

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

GRUPO CLAVE O PRIORIZADO INTERVENIDO* POB. GEN

3.1. Total participantes							
3.2. Número de paquetes de prevención	11						
3.3. Número de condones	110						
3.4. Número de autotest	0						
3.5. Personas direccionadas a servicios sociales y/o de salud	0						

*HSH, TRANS, TS, MC, 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:

Jefferson Jose Correa Ocampo

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

1094.949.772

TIPO DE FINANCIAMIENTO DE LA ACTIVIDAD

☐ Fondo Mundial
 ☐ Otros recursos de cooperación
 ☐ Fondo Nacional de Estupefacientes
 ☒ Recursos plan de intervenciones colectivas PIC

☐ Recursos propios de la Entidad territorial
 ☐ Otro ¿Cuál? _____