Hospital Materno Infantil

ITEM : 59

Conmemorar el día mundial de la lucha contra el VIH, consistente en una exposición tipo galería/museo que contenga mensajes de sensibilización sobre el tema, entre el 24 de noviembre al 1 de diciembre de 2025, en al menos dos sitios de afluencia masiva del municipio y una celebración grande el 1 de diciembre cuyo tema principal sea la promoción de la prevención del VIH/SIDA así como el acceso oportuno a los servicios de salud en esta población

304

ALCALDÍA de SOLEDAD

Hospital
Materno Infantil

CONMEMORACION

365

ALCALDÍA
SOLEDAD

306

ACTA EJECUCION DE ACTIVIDADES

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) 2025, contemplado en la LEY 1122 DE 2007 ART 33, LEY 1438 DE 2011 ART 6 y en las RESOLUCIONES 1841 DEL 2013, 0518 DEL 2015, LA SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE SOLEDAD, a través de la ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD.

ACTIVIDAD: Conmemorar el día mundial de la lucha contra el VIH, consistente en una exposición tipo galería/museo que contenga mensajes de sensibilización sobre el tema, entre el 24 de noviembre al 1 de diciembre de 2025, en al menos dos sitios de afluencia masiva del municipio y una celebración grande el 1 de diciembre cuyo tema principal sea la promoción de la prevención del VIH/SIDA así como el acceso oportuno a los servicios de salud en esta población.

LOGROS: Se logro crear conciencia sobre la enfermedad, recordar a las víctimas, y promover la solidaridad, la prevención, el acceso a pruebas y tratamiento, y la eliminación del estigma y la discriminación

DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA: Los objetivos principales de la galería fueron:

- Educar: Proveer información precisa y actualizada sobre prevención, tratamiento y detección del VIH.
- Concienciar: Fomentar la empatía y reducir el estigma social hacia las personas que viven con VIH.
- Visibilizar: Dar voz y plataforma a artistas cuyas obras reflejan experiencias relacionadas con la temática.
- Conmemorar: Marcar el 1 de diciembre como una fecha clave para la memoria y la acción colectiva.

La galería presentó una colección diversa de 8 obras de artistas locales y nacionales. Los cuales estuvieron articulados con secretaria de salud, hospital materno infantil y plan de intervenciones colectivas PIC

FECHA DE EJECUCIÓN: Del 24 de noviembre de 2025 al 1 de diciembre de 2025

LUGAR: Unidad de Victimas y Centro Comercial Plaza del Sol

ENTORNO: COMUNITARIO

POBLACIÓN OBJETO: ADOLESCENCIA JUVENTUD. ADULTEZ Y VEJEZ

Para mayor constancia firman:

JALICSSA ARRIETA
COORDINADORA PIC

JESUS CABRERA
VEEDOR CIUDADANO
CEL. 3003682686

309

CERTFICADO DESARROLLO ACTIVIDAD PIC

Por medio de la presente se certifica que se realizó la actividad a cabalidad de acuerdo a lo dispuesto en el anexo 1 "CONDICIONES TECNICAS ACTIVIDADES Y PRESUPUESTO POR DIMENSION PIC 2025" del CONTRATO INTERADMINISTRATIVO bajo el número SS-CIADM-2025 001 cuyo objeto es **CONTRATO INTERADMINISTRATIVO PARA LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS – PIC - VIGENCIA 2025 DEL MUNICIPIO DE SOLEDAD- ATLÁNTICO,**

1. **TRIMESTRE:** IV- MES DE NOVIEMBRE

2. **ITEMS**: 59

PROGRAMA: SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

4. **NOMBRE DE LA ACTIVIDAD**

Conmemorar el día mundial de la lucha contra el VIH, consistente en una exposición tipo galeria/museo que contenga mensajes de sensibilización sobre el tema, entre el 24 de noviembre al 1 de diciembre de 2025, en al menos dos sitios de afluencia masiva del municipio y una celebración grande el 1 de diciembre cuyo tema principal sea la promoción de la prevención del VIH/SIDA así como el acceso oportuno a los servicios de salud en esta población

5. **FECHA:** 24,25,26,27,28,29,30 DE NOVIEMBRE Y 01 DE DICIEMBRE

Atentamente,

SINDY MEJIA
CC.
JEFE SALUD PUBLICA.

308

CLASIFICACIÓN			
CAPACITACIÓN		EJECUCION DEL CONTRATO NO	Acta No 01
Nombre de la actividad: Conmemorar el día mundial de la lucha contra el VIH, consistente en una exposición tipo galería/museo que contenga mensajes de sensibilización sobre el tema, entre el 24 de noviembre al 1 de diciembre de 2025, en al menos dos sitios de afluencia masiva del municipio y una celebración grande el 1 de diciembre cuyo tema principal sea la promoción de la prevención del VIH/SIDA así como el acceso oportuno a los servicios de salud en esta población			
ORDINARIA	☒		
EXTRAORDINARIA	☐		

PROCESO	PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
DEPENDENCIA	
AREA	SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS
TEMAS	1. Apertura (Bienvenida y presentación) 2. Explicación de la metodología y especificaciones técnicas de la realización de la actividad 3. Realización de la actividad 4. Curso de vida 5. Resultados obtenidos 6. Recursos utilizados 7. Observaciones
OBJETIVO	crear conciencia sobre la enfermedad, recordar a las víctimas, y promover la solidaridad, la prevención, el acceso a pruebas y tratamiento, y la eliminación del estigma y la discriminación

INFORMACIÓN BASICA DE LA EJECUCION DE LA ACTIVIDAD

FECHA PROYECTADA

FECHA	PERIODO DE EJECUCIÓN			
	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM
24/11/2025				X
25/11/2025				x
26/11/2025				x
27/11/2025				x
28/11/2025				x
29/11/2025				x
30/11/2025				x
01/12/2025				x

309

RESPONSABLE DE LA ACTIVDAD					
NOMBRES Y APELLIDOS			JALICSA ARRIETA		
CARGO	COORDINADORA PIC		**PERFIL**	psicóloga con experiencia e idoneidad de más de 12 años. En actividades de coordinación pic	
QUIENES EJECUTAN					
NOMBRES Y APELLIDOS	JOANA ESTRADA		**PERFIL**	psicóloga con experiencia e idoneidad de más de 2 años de experiencia en programa de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.	
NOMBRES Y APELLIDOS			**PERFIL**		
INVITADOS (VEEDORES)					
NOMBRES Y APELLIDOS	JESUS CABRERA		**CARGO**	TEOLOGO – VEEDOR CIUDADANO	
NOMBRES Y APELLIDOS	YESMITH PATERNINA		**CARGO**	ASISTENTE- VEEDOR COMUNITARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS	EMILSON BLANCO			LIDER- VEEDOR COMUNITARIO	
POBLACION OBJETO					
Población sujeta	**JUVENTUD. ADULTEZ Y VEJEZ**		**No de asistentes**	300	**123 %** cumplimiento
	JUVENTUD. ADULTEZ Y VEJEZ		**Meta esperada**	303	
			Quien certifica		

0-5 años	6 a 11 años	12 a 17 años	18 a 28 años	29 a 59 años	60 años y más
0	6	30	68	164	35

A continuación, se adjunta cuadro de detalles

LUGARES:	GENERO		CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	NO REPORTA	INDIGENA	AFRODESCENDIENTE	VENEZOLANO	VICTIMA DEL CONFLICTO	DISCAPACIDAD	LGBTIQ+	TOTAL	NUMERO DE INTERVENCIONES
	F	M											
UNIDAD DE VICTIMAS	105	34	30	103	6	0	0	3	37	0	0	139	1
CC PLAZA DEL SOL	90	74	61	100	3	0	0	0	0	0	0	164	1
TOTAL:	195	108	91	203	9	0	0	0	0	0	0	303	2

De los participantes intervenidos durante la actividad, se puede evidenciar que tiene afiliación en salud a las siguientes EPS.

310

AFILIACION DE SALUD EPS											
NUEVA EPS	CAJACOPI	MUTUALSER	COOSALUD	SALUD TOTAL	SANITAS	SURA	FAMISANAR	POLICIA NACIONAL	REGIMEN ESPECIAL	F DE COLOMBIA	NO REPORTA
33	41	80	28	33	46	39	1	2	0	0	9

APERTURA					
Fecha de inicio	Hora de inicio	DURACION (Días/horas/min)	LUGAR DE EJECUCIÓN		
			SITIO	TERRITORIO	MICROTERRITORIO
24/11/2025	8:00 AM	**8 HORAS**	Unidad de victimas – Las Ferias	17	2
29/11/2025	8:00 AM	**8 HORAS**	CC plaza del sol – La Arboleda	35	2

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

1. **Apertura: Bienvenida y presentación**

El presente informe estuvo a cargo de la psicóloga Joana Estrada del plan de intervenciones colectivas PIC. y detalla la planificación, ejecución y resultados de la galería de obras educativas realizada en conmemoración del Día Mundial de la Lucha contra el VIH/SIDA. El evento tuvo como objetivo principal utilizar el arte como un medio para educar al público, desestigmatizar la enfermedad y honrar a las personas afectadas por el virus. La iniciativa fue recibida positivamente por la comunidad, logrando un impacto significativo en la concienciación social.

2. **Explicación de la metodología y especificaciones técnicas de la realización de la actividad.**
   Los objetivos principales de la galería fueron:
   - **Educar:** Proveer información precisa y actualizada sobre prevención, tratamiento y detección del VIH.
   - **Concienciar:** Fomentar la empatía y reducir el estigma social hacia las personas que viven con VIH.
   - **Visibilizar:** Dar voz y plataforma a artistas cuyas obras reflejan experiencias relacionadas con la temática.
   - **Conmemorar:** Marcar el 1 de diciembre como una fecha clave para la memoria y la acción colectiva.

3. **Realización de la actividad.**

La galería presentó una colección diversa de 8 obras de artistas locales y nacionales. Los cuales estuvieron articulados con secretaria de salud, hospital materno infantil y plan de intervenciones colectivas PIC

Origen y Evolución de la Conmemoración

- **Identificación de la Enfermedad:** El SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) se identificó por primera vez en Estados Unidos en 1981. Tres años después, en 1984, se descubrió su causa: el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana).
- **Creación del Día Mundial del SIDA:** En agosto de 1987, James W. Bunn y Thomas Netter, dos oficiales de información pública del Programa Mundial sobre el SIDA de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra, Suiza, concibieron la idea de un día internacional para concienciar sobre la epidemia.
- **Proclamación Oficial:** La OMS proclamó oficialmente el 1 de diciembre como el **Día Mundial del SIDA** en 1988.
- **Elección de la Fecha:** James Bunn sugirió el 1 de diciembre porque creía que maximizaría la cobertura de noticias en los medios occidentales, ya que la fecha quedaba suficientemente alejada de las elecciones estadounidenses y lo suficientemente pronto antes de las vacaciones de Navidad.
- **Gestión por ONUSIDA:** En 1996, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) se hizo cargo de la campaña mundial y comenzó a establecer temas anuales para enfocar la atención global en diferentes aspectos de la epidemia, como los derechos humanos, la igualdad de género y el estigma social.

La conmemoración fue el primer día internacional dedicado a la salud global y ha evolucionado desde la simple concienciación general hasta abordar cuestiones complejas como el acceso al tratamiento y la prevención, siempre con el objetivo de reducir el estigma y recordar a quienes han fallecido por enfermedades relacionadas con el SIDA. La actividad dura una semana (7 días) en dos puntos: Unida de victimas y CC plaza del sol, la cual este ultimo fue el gran cierre de la galeria el dia 01 de diciembre a las 4:00 pm

4. **Curso de vida.**

ADOLESCENCIA.JUVENTUD. ADULTEZ Y VEJEZ.

5. **Resultados obtenidos**

- ✓ Se logró sensibilizar y educar a la población participante.
- ✓ Se contó con el 123% de la asistencia solicitada.
- ✓ fortalecer el conocimiento, la prevención y el acceso a las rutas de atención integral, garantizando una respuesta adecuada, culturalmente pertinente y efectiva ante situaciones de violencia sexual y/o agentes químicos.

342

6. **Recursos utilizados**

Talento humano

- ✓ 1 coordinadora pic
- ✓ 1 psicóloga

a. **Apoyo logistico**

- ✓ Stan de galeria
- ✓ Pruebas rápidas de vih

b. **Impresos (Material educativo o de apoyo a entregar)**

- ✓ Pendones

7. **Observaciones**

N/A

30

GALERÍA UNIDAD DE VICTIMAS

EJECUCION

Actividad: Conmemorar el día mundial de la lucha contra el VIH, consistente en una exposición tipo galería/museo que contenga mensajes de sensibilización sobre el tema, entre el 24 de noviembre al 1 de diciembre de 2025, en al menos dos sitios de afluencia masiva del municipio y una celebración grande al 1 de diciembre cuyo tema principal sea la promoción de la prevención del VIH/SIDA así como el acceso oportuno a los servicios de salud en esta población

Fecha: 24 al 28 noviembre 2025 **Hora: 8:00 AM - 4:00 PM**



GALERÍA UNIDAD DE VICTIMAS

EJECUCION

Actividad: Conmemorar el dia mundial de la lucha contra el VIH, consistente en una exposición tipo galeria/museo que contenga mensajes de sensibilización sobre el tema, entre el 24 de noviembre al 1 de diciembre de 2025, en al menos dos sitios de afluencia masiva del municipio y una celebración grande el 1 de diciembre cuyo tema principal sea la promoción de la prevención del VIH/SIDA así como el acceso oportuno a los servicios de salud en esta población

Fecha: 24 al 28 noviembre 2025 **Hora: 8:00 AM - 4:00 PM**







315

GALERÍA CENTRO COMERCIAL PLAZA DEL SOL

EJECUCION

Actividad: Conmemorar el día mundial de la lucha contra el VIH, consistente en una exposición tipo galería/museo que contenga mensajes de sensibilización sobre el tema, entre el 24 de noviembre al 1 de diciembre de 2025, en al menos dos sitios de afluencia masiva del municipio y una celebración grande el 1 de diciembre cuyo tema principal sea la promoción de la prevención del VIH/SIDA así como el acceso oportuno a los servicios de salud en esta población

Fecha: 29 de noviembre al 1 de diciembre 2025 **Hora: 8:00 AM - 4:00 PM**






316

GALERÍA CENTRO COMERCIAL PLAZA DEL SOL

EJECUCION

Actividad: Conmemorar el día mundial de la lucha contra el VIH, consistente en una exposición tipo galería/museo que contenga mensajes de sensibilización sobre el tema, entre el 24 de noviembre al 1 de diciembre de 2025, en al menos dos sitios de afluencia masiva del municipio y una celebración grande el 1 de diciembre cuyo tema principal sea la promoción de la prevención del VIH/SIDA así como el acceso oportuno a los servicios de salud en esta población

Fecha: 29 de noviembre al 1 de diciembre 2025 **Hora: 8:00 AM - 4:00 PM**









312

IMPRESOS

		DESCRIPCION
		

ENTREGA DE REFRIGERIOS

	DESCRIPCION
	Se entrega Refrigerios a los participantes.

CONCLUSIONES

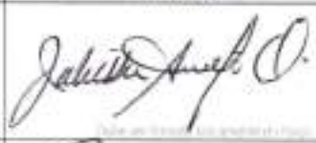
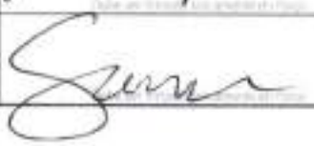
Se realiza la actividad sin ningún contratiempo, se recalca la importancia de la prevención de las ITS Y ETS

314

COMPROMISOS

No	COMPROMISOS		
	Descripción	**Fecha de entrega**	**Responsable** Nombres y Apellido/cargo
1			

Acta No		**TIEMPO**	**CIERRE**			**FINALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD**
		Fecha	Fecha de cierre	Hora de Cierre	% cumplimiento Ítem resueltos/ ítem tratados	
ACTUAL	**01**	24/11/2025	01/12/2025	4:00 PM	100%	

FIRMANTES				
No	**NOMBRES Y APELLIDOS**	**REPRESENTACIÓN**	**CARGO**	**FIRMAS**
1	JALICSSA ARRIETA ORTEGA	PIC	CORDINADORA PSICOLOGA	
2	JOANA ESTRADA	PIC	PSICOLOGA	

Hospital
Materno Infantil

UNIDAD DE VICTIMAS

319

ALCALDÍA
SOLEDAD

Hospital Materno Infantil

320

Soledad / Atlántico, 23. dic. de 2025

Señor(a)
María Fontalvo
Dirección: Calle 18 No. 51-69
Barrio: Los Ferias

Cordial Saludo

La Secretaria De Salud Municipal De Soledad, en cumplimiento a lo estipulado en el Plan De Intervenciones Colectivas (PIC) 2025, contemplado en la Ley 1122 De 2007 Art 33, Ley 1438 De 2011 Art 6 Y En Las Resoluciones 1841 Del 2013 Y 0518 Del 2015, solicita a usted su colaboración y capacidad de liderazgo para incentivar y sensibilizar a su comunidad en la participación de actividades educativas y estrategias IEC, facilitándonos espacios para el desarrollo de estas actividades; las cuales serán ejecutadas por el equipo de profesionales de la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana De Soledad y tienen el propósito de aportar al mejoramiento de la Salud de la población a través de la promoción en Salud.

Actividad a Desarrollar:
Conmemorar el día mundial de la lucha contra el VIH, consistente en una exposición tipo galería/museo que contenga mensajes de sensibilización sobre el tema, entre el 24 de noviembre al 1 de diciembre de 2025, en al menos dos sitios de afluencia masiva del municipio y una celebración grande el 1 de diciembre cuyo tema principal sea la promoción de la prevención del VIH/SIDA así como el acceso oportuno a los servicios de salud en esta población

Cantidad de personas a intervenir: _____

Responsables: Joana Estrada

Fecha Realización actividad: Del 24 al 28 de Noviembre

Hora: 8:00 AM - 4:00 P.M.

María Fontalvo
C.C 1129496087
líder JAC
3022813878.

Agradeciendo su colaboración y pronta respuesta

Atentamente,

JALICSSA ARRIETA ORTEGA
Coordinadora Plan De Salud De Intervenciones Colectivas

CERTIFICACION DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Información General

Fecha: Del 24 al 28 de Noviembre de 2025

Lugar: Unidad de Victimas

Hora Inicio: 8:00 AM **Hora final:** 4:00 PM.

Ámbito: Urbano **Entorno:** comunitario

Programa: Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

Participantes población General y Vulnerable

Tema: Conmemoración VIH.

Objetivo: Conmemorar el día mundial de la lucha contra el VIH, consistente en una exposición tipo galería/museo que contenga mensajes de sensibilización sobre el tema, entre el 24 de noviembre al 1 de diciembre de 2025, en al menos dos sitios de afluencia masiva del municipio y una celebración grande el 1 de diciembre cuyo tema principal sea la promoción de la prevención del VIH/SIDA así como el acceso oportuno a los servicios de salud en esta población

Responsables:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	PROFESION	FIRMA
1	JOANA ESTRADA VILORIA	1143148228	PSICOLOGA	

Observaciones:

Firma para constancia de esta actividad:

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
María Fontalvo TELEFONO	1129496087	Líder JAC	Maria F.

Firma Veedor de la comunidad o su equivalente:

Por medio de la presente acta se da fe que se realizó la actividad relacionada en el presente documento

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	PROFESION	FIRMA
Emilson Blanco TELEFONO 3104073791	7716185-11	Líder	Emilson Blanco

JALICSSA ARRIETA ORTEGA
Coordinadora PIC

Hospital Materno Infantil

E.S.E. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

PROGRAMA: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos
RESPONSABLE: Joana ostrud
SECTORES: COMUNITARIO
LUGAR: Unidad de Victimas
FECHA DE LA ACTIVIDAD: AÑO 2025 MES 11 DIA 24

Nº	DATOS DE IDENTIFICACIÓN: NOMBRES Y APELLIDOS	Nº DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	SEXO: F	SEXO: M	LOCALIZACIÓN: DIRECCIÓN	LOCALIZACIÓN: TELÉFONO	AFILIACIÓN EN SALUD: CONTRIBUTIVO	AFILIACIÓN EN SALUD: SUBSIDIADO	AFILIACIÓN EN SALUD: NO AFILIADO	AFILIACIÓN EN SALUD: EPS	VOLUNTARIOS A LA POBLACIÓN: PEDIATRÍA	VOLUNTARIOS A LA POBLACIÓN: ADULTEZ	VOLUNTARIOS A LA POBLACIÓN: ADOLESCENCIA	VOLUNTARIOS A LA POBLACIÓN: MUJER GESTANTE	VOLUNTARIOS A LA POBLACIÓN: ADULTO MAYOR	VOLUNTARIOS A LA POBLACIÓN: LACTANCIA	FIRMA
1	Shirley Stella Patiño G	1093820025	34	X		cll 57B # 2-02	3002625024		X		Coopsalud							
2	Raisa Diaz	1151478092	24	X		cll 59 Este # 4-22	3005596062		X		Coosalud							
3	Lilia Bayaza	1001882753	28	X		cll 51C # 1F-52	3015298145		X		Sanitas							
4	ROSAXI DIAZ Coronel Meneses	1045306057	19	X		cll 51C # 1F-33	3249859022		X		Nueva EPS							
5	Daniela Cardenas	PT 1223033	41	X		Kra 3F # 56-16	3015720549		X		Nueva EPS							
6	Keyla Moreno	1130265304	25	X		cll 57A # 2-15	3006353971		X		Nueva eps							
7	Lia Alba.	1001806207	31	X		cll 57A # 2-27	3014399438		X		Sanitas.							
8	Katerine Zambrano	1140816327	37	X		cll 57A # 2-90	3012523002		X		Mutual							
9	Mayrobis torres	1042430719	36	X		cll. 57A # 227	3122674662	X			Suso.							
10	Jermon Lunas	7403554	72		X	Kr 3 56-78	3216738679		X		Mutual.							
11	Dianelis A Alvarez	1045755902	26	X		cll 57A # 2-71	3015265405		X		Caja copi							
12	Evelyn Salas	1044619966	19	X		cll 57A # 2-46	3504068374		X		Mutual							
13	Maria Diaz Granado	1080015288	32	X		Kr 1D # 56A 23	3046123102		X		Mutual							
14	Evelin Salas	1044620069	19	X		Kr 1D # 56A 23	3018411841		X		Mutual							
15	Angiepaola Niebles	1045721863	31	X			3042532887		X		Sura.							
16	Wilve Mosquera.	4793153	73		X	calle 57A # 2-33	3113132063	X			S. total.							
17	Erika Hormechea.	22563241	43	X		cle 57A # 2-34	3015370342		X		Mutual.							
18	Mariela Meyer.	36709631	59	X		cll 57A # 2-76	3118851169		X		Caja cop							
19	Marelis Mendoza.	1043150037	39	X		Kr 2 # 77	3104533885		X		Mutual							
20																		

ACTIVIDAD:

ALCALDÍA DE SOLEDAD

SECRETARÍA DE SALUD

322

Hospital Materno Infantil

E.S.E. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

CÓDIGO: PO-PIC-01
VERSIÓN: 01
FECHA: 28/07/2025

PROGRAMA: Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos
RESPONSABLE: Jeama Estrada
ENTORNO: COMUNITARIO
LUGAR: Unidad de Victimas
VIGENCIA DE LA ACTIVIDAD: Año 2025 | Mes 11 | 27

Nº	DATOS DE IDENTIFICACIÓN: NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	SEXO: F	SEXO: M	UBICACIÓN: DIRECCIÓN	UBICACIÓN: TELÉFONO	AFILIACIÓN EN SALUD: CONTRIBUTIVO	AFILIACIÓN EN SALUD: SUBSIDIADO	AFILIACIÓN EN SALUD: NO AFILIADO	AFILIACIÓN EN SALUD: EPS	PERTENENCIA A LA POBLACIÓN	FIRMA
1	Daniela Cardenas	1233033	41	✓		Villa sol.	3015720549		✓		Mutual		Daniela Cárdenas
2	Yoris Carmen Zuares	1282392	32	✓			3002025845		✓		Mutual.		xRuiz
3	Maria Gil.	1042248028	20	✓		cra 30 #48-18	3001873880		✓		Capresoca		Maria Gil
4	Sandy Toro.	1001879559	23	✓		Diag 35c1 Tv. 3C. 60	3016009807		✓		Mutual		Sandy T.
5	Angelica Almanza	1043151541	18	✓		cll 51 1f-33	3225121807		✓		Coomeva		Angelica
6	Monica Donado	44157149	43	✓		cll 51c 1f-57	3006265075		✓		Mutual		Monica Donado
7	Yaneth Alvarez	32712779	58	✓		cra 19 #56B-12	3102957537		✓		Sanitas		Janeth Alvarez
8	Julibeth Zambrano	1043168601	13	✓			3012523002				N.R.		Julibeth Zambrano
9	Lilia Solano Reyes	33107817	53	✓		cll 57 A 20 02	3023129915		✓		N.EPS		Lilia Solano
10	Juliana Zambrano M.	1159213544	12	✓			3012523002		✓		NEPS		Juliana Zambrano
11	Jennifer Salcedo	1044643035	14	✓		cll 59A 2-27	3122674662	✓			Sura		Jennifer Salcedo
12	Jelenny Salcedo	1044 653168	11	✓		cll 57 A2-27	3122674662	✓			Sura		Jelenny Salcedo
13	Katherine Zambrano	1140816327	37	✓		cll 57 A 2-90	3012523002		✓		mutual		Katherine Zambrano
14	Rosangrit Corval	1045806657	20	✓		cll 51c 1f-33	3245859022		✓		Mutual		Rosangrith
15	Leidis Villamil	1007219683	40	✓		cll 1D 57 A 04-27	3001405071		✓		Mutual		Leidis Villamil
16	Paicelis Diaz	1151470092	24	✓		cll 59 E 1 4-22	3003590621		✓		N.R.		Paicelis
17	Maria Escorcia	32875408	53	✓			3243681895		✓		Mutual		Maria Escorcia
18	Valentino Villegas	1082872569	20	✓			3244[illegible]874		✓		Mutual		Leidis Villamil
19	Marlene Perez	23084580	78	✓		cll 51A #2-77	3023129915		✓		Mutual		Lilia Solano
20	Lilia Baroja	1001882753	28	✓		cll 51c 1f-46	3015248147		✓		Sanitas		Lilia Baroja

ACTIVIDAD:

Diligencio el registro en mi sitio personal en el aplicativo formulo, usted autoriza a la ESE a recopilar la información suministrada, a la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de establecer el estado de registro y medición del avance de indicadores institucionales. Como titular de información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar los datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, para presentar quejas ante la ESE por infracción a la ley estatutaria 1581 de 2012, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder de forma gratuita a los mismos.

ALCALDÍA DE SOLEDAD | SECRETARÍA DE SALUD

Dirección: Carrera 46 12-08 Soledad, Atlántico, Colombia
Teléfono: +57 3012523002 info@hospitalmaternosoledad.gov.co
www.hospitalmaternosoledad.gov.co

Hospital Materno Infantil

E.S.E. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

PROGRAMA: Salud Sexual y Derechos Sexuales y reproductivos
RESPONSABLE: Jeimi Estrada Consuegra.
ENTORNO: Unidad de víctimas
LUGAR:
VALIDADOR DE LA ACTIVIDAD:

Año: 2025 Mes: 11 Día: 25

Nº	DATOS DE IDENTIFICACIÓN			SEXO		UBICACIÓN		AFILIACIÓN EN SALUD				PERTENECE A LA POBLACIÓN						FIRMA
	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	F	M	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	NO REGISTRA	EPS	INDÍGENA	ROM	DISCAPACITADO	VÍCTIMA DEL CONFLICTO	DESPLAZADO	OTRA	
1	Luis. Ospino	73547596	52		✓	Dg: 7 64# 3c-34	3245065858	✓	-		Sitotal				✓			• Luis Ospino
2	Sergio Mendoza	1044616995	19		✓	cra: 16 67 58-22	3227262544		✓		Sitotal				✓			• Sergio Mendoza.
3	Andres. Olivo	1044614935	19		✓	cra: 76 60-72	3043147457		✓		Sitotal				✓			• Andres Olivo
4	Monica Alcendra	45490808	38	✓		Cra: 57-38-22-17	3145027442		✓		ecosalud				✓			Monica Alcendra
5	Jeralyn morales	1-051737605	37	✓		cll 68 # 5-90	3002494382	✓			Sura				✓			x Evelyn
6	Yuranis Bustos	1082845347	18	✓		Villas Santa Maria 72	3001661732		✓		NUEVA EPS				✓			Yuranis Bustos Fuentes
7	Milena Oliva	22532699	46	✓		cra: 16 38-31	3017942512	✓			NUEVA EPS							Milena Oliva B
8	Estiven Arroyo	3902974?2	66	✓		Cra: 16 38-31	3723515		✓		Ecosalud				✓			Estiven arroyo
9	Ada. de la cruz	26913639	77	✓		Nueva Esperanza	3003001946		✓		Aliser				✓			• ada de la cruz.
10	José. Garcia	5072515	73		✓	Cll 41 C 7246-40	3026057489		✓		Aliser				✓			José Garcia
11	Odelia. Ortego	55250160	43	✓		Nueva Esperanza	3003001946		✓		Sura				✓			• Odelia Ortego
12	Rosario. Cuadrado	6.687740	91		✓	Calle 59 # 10A-38	3143925028		✓		Aliser				✓			
13	Yulemi. Pulgarin	57456715	43	✓		cra: 37 14-40	3004940926		-		Ecosalud				✓			Yulemi Pulgarin Zapata
14	Yanicis. Obregon	1043136010	39	✓		1° de mayo	3243047302		-		E/P							• Yanicis obregon
15	Deysi. Algarin	44152690	44	✓		cra: 16 sur # 21-17	Rio Fonda		-		Ecosalud							Deisi algarin
16	Valeth. Rafaelo	32887321	45	✓		Las Flores	3126693967		-		Sitotal				✓			• Valeth RA
17	Javier marin	1001877751	24	✓		La Sonora	3202618917	✓			mipres				/			Javier marin
18	Ale Barrios	1001861941	25	✓		cll e 10 # 16-27	3146520832	✓			mipres				/			Ale Barrios
19	Sindy Pedroza	1001899818	24	✓		cll 13 # 18-14	3011374940		✓		Cruzblu				/			Sindy pedroza
20	Mayon Rudas	1042421031	38	✓		cll e 10 # 18-38	3165442289	✓			N. EPS				✓			

ACTIVIDAD:

Diligenciar el registro de sus datos personales en el presente formato, usted autoriza a la ESE Hospital Materno Infantil de Soledad a recolectarlos, almacenarlos y usarlos con la finalidad de administrar el control de registro y evidencia del envío de información institucional. Como titular de información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se les ha dado a sus datos, presentar quejas ante la ESE por infracción a la ley vigente, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

Hospital Materno Infantil

E.S.E. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD

CENTROS DE ANTENDIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

PROGRAMA: Sexualidad, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.
RESPONSABLE: Agente Estado Gerente
ENTORNO: Unidad de Victimas
LUGAR:
VEEDOR DE LA ACTIVIDAD:

Año: 2025 Mes: 11 25

N°	DATOS DE IDENTIFICACIÓN			SEXO		UBICACIÓN		AFILIACIÓN EN SALUD				PERTENECE A LA POBLACIÓN						FIRMA
	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	F	M	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	NO REGISTRA	EPS	INDÍGENA	ROM	RAIZAL	VÍCTIMA DEL CONFLICTO	DESMOVILIZADO	LGBTIQ+	
1	Elvia. Bravo	57419812	50	✓		Cra 52 #16-81	3107443885		✓		Nuser				✓			Elvia Bravo
2	Nilda. Rodriguez	22533703	58	✓		Cra 51 #67 16-21	No reporta		✓		Epi				✓			No firma.
3	Feis. Cajeedo.	1082873135	19		✓	Cra 27 #50-03	3246167177			✓					—			Feis
4	Isidora Fabolledo	22646613	52	✓		DG 76 #76-51	3243556473		✓		Epi				✓			Isidora Fabolledo
5	Seneth. Rodriguez	44150082	58	✓		Calle 71 #56-04	No reporta		—		Nuser				✓			No firma
6	Alcira. Bueno	22384008	77	✓		Cra 75 #73A-53	3018247440		✓		Nuser				/			Alcira Bueno R
7	Manuel. Castellon	7450955	76		✓	Cra 75 #73A-53	3018247440		—		Nuser				✓			Manuel Castellon R
8	Judis. Guzmán	1043122655	22	✓		Cra 14 #72-24	3202054440		—		Nuser				✓			Judis Guzman
9	Kenia Leal	1002078724	23	✓		Cll 56C #1D 100	3017605317		—		Epi				/			Kenia Leal
10	Ayt Garza Pena	52083214	54	✓		Cll 56CH 1D100	3228656980		✓		Salud total				/			Ayt Garza
11	Jairo. Vizcaino	8756028	65		✓	Cra 4A #49-62	3017098597		✓		Nuser				/			Jairo Vizcaino
12	Julio. Torres.	8780564	50		✓	Calle 27 3-127	3116803289		—		Epi				/			Julio Torres M.
13	Rocio. Watts	32656777	63	✓		Cra 22 #42A-21	3243434462		—		Nuser				/			Rocio Watts R.
14	Yuis Gomez	44161008	46	—		Villa Colombia	No reporta		✓		Coosalud				/			UUP
15	Jorge. Covo	8719136	67		✓	Cll 57 #77-17	3015733601	—			Sura				—			Jorge Covo L
16	Tosa Polo	1082066304	22		—	Cll 57 #77-17	No reporta			✓					—			Josi Polo
17	Cristhian Anillo	33105782	64	✓		Cra 61 #79E-11	3153482960		—		Sihma				✓			Cristian Anillo
18	Inés Polo	1082067048	42	—		Don Bosco #4	3023325089		—		Sisfoh				✓			Ines Polo
19	Marlene. Jiménez	57680039	74	—		Don Bosco #11	3023325089		—		Coosalud				✓			Marlene Jimenez
20	Osvaldo Acosta	8774040	54	✓		Barbosa	3103526743	✓			Sanitas				✓			Osvaldo Acosta

ACTIVIDAD:

Diligenciar el registro con los datos personales en el presente formato, usted acepta que la E.S.E. Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad y/o las personas que la Entidad designe o autorice, almacenen, procesen y/o usen los mismos bajo la finalidad de atender el servicio de hospitalización y cirugía, los cuales serán tratados de acuerdo con la política de tratamiento de información personal establecida. Como Titular de información sobre datos sensibles usted no está obligado a autorizar el tratamiento de estos datos. Usted puede ejercer sus derechos de acceso, actualización y rectificación, cancelación, oposición de los datos personales, así como revocar la autorización otorgada para el tratamiento de los mismos, para ejercer estos derechos ante la ESE por favor acudir a la línea telefónica (302) 3325089, ubicada en la sede principal de la ESE, ubicada en la Cra 52 #16-81 Soledad, Atlántico, Colombia.

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Dirección: Carrera 52 #16-81 Soledad, Atlántico, Colombia
Teléfono: +57 3015733601 - info@hmisoledad.gov.co
www.hmisoledad.gov.co

SECRETARÍA DE SALUD

325

Hospital Materno Infantil

E.S.E. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

PROGRAMA: Sexualidad y Derechos Sexuales y reproductivos
RESPONSABLE: Dana Estrada
ENTORNO: Comunitario
LUGAR: Unidad de victimas.
VIGENCIA DE LA ACTIVIDAD:

Año: 2025 Mes: 11 Día: 26

Nº	DATOS DE IDENTIFICACIÓN			SEXO		UBICACIÓN		AFILIACIÓN EN SALUD				PERTENECE A LA POBLACIÓN						FIRMA
	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	F	M	DIRECCIÓN	TELEFONO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	NO REGISTRA	EPS	INDIGENA	AFRO	CAMPESINO	VICTIMA DEL CONFLICTO	DISCAPACIDAD	LACTANTE	
1	Carlos Montalvo	17626972	52		✓	Cll 64 #8A-59	3223869465	✓			Salud Total							Carlos Montalvo
2	Rocio Baltos	32948222 1	54	✓		los Cedros	3635422		✓		Sisben							Rocio Baltos
3	Ed682 Pelaez	8.779.663	50		✓	Cra 2 Nº 2 DE MAYO	304 634 9980	✓			Mutual Ser							Ed682 Pelaez
4	David Martinez	72185259	50		✓	Cll 25 #17-27	3012519210	✓			Sanitas							David Martinez
5	Paola Gutierrez	TI: 1001203215	23	✓		1002031513	3015827839	✓			EPS							Paola
6	Yolima Rodriguez	1042447480	32	✓		Cra 25 #14-59	3019786377		✓		Riser							Yolima R.
7	Patricia Alvarado	32647120	49	✓		Cra 19 # 11-65	3001271079		✓		Riser							Patricia Alvarado
8	Yolanda Perez	1002254123	26		✓	Cra 45 #54-04	3217305847		✓		Sura							Yolanda Perez
9	Betty P. Torres	45648712	41	✓		Cra 7 #67-70	3125924223		✓		EPS							Betty Torres
10	Yakelin Bonilla	1130126466 2	28	✓		Cll 59 # 4-51	3113768824		✓		NUEVA EPS							Yakelin B. P.
11	Erika Sofia Toledo	44306162	49		✓	Cra 59 # 4-51	3113768824		✓		EPS							Erika Sofia P. V.
12	Fabio Sanchez	31-11-1965	60		✓	Cra 17 # 31-04	3235029469			✓	Nueva EPS							Fabio Sanchez
13	Ruth Guzman	1080015379	34	✓		Cll 57 # 7-56	3043246023		✓		Coosalud							Ruth Guzman
14	Ebe. Rosales	26910448	66	✓		San Pablo	3006499498		✓		Nueva EPS							Ebe Rosales
15	Andres Moreno	72200859	52		✓	Los Cerezos	3013779277		✓		Sanitas							Andres Moreno
16	Monica Vargas	1129540704	28	✓		Cra 10 # 27-45	3143390506		✓		Sura							Monica Vargas
17	Rosa Pleza	57420902	51	✓		Altos de los Angeles	3146882372	✓			Coosalud							Rosa Pleza
18	Valentina Alvarez	1064113730	14	✓		Altos de los Angeles	3146882372	✓			Coosalud							Valentina Alvarez
19	Yoselin Nieves	1143454088	29	✓		Cra 18 # 11-35	3002760091		✓		EPS							Yoselin Nieves
20	Greys Ruidos	1042432734	36	✓		Cra 10 # 6a-40	3006487626		✓		Famisanar							Greys Ruidos

ACTIVIDAD:

Autorizo el registro de mis datos personales en el presente formato, utilizados en la ESE Hospital Materno Infantil de Soledad para la recolección, almacenamiento y uso con los mismos con la finalidad de adelantar el trámite de registro y verificación del estado de peticiones institucional. Como titular de información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la misma, ser informado sobre el uso que se le ha dado a mis datos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de los datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a mis datos.

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Dirección: Carrera 46 # 11-18, Soledad, Atlántico, Colombia
Teléfono: +57 (605) 3583911 info@hospitalmaternosoledad.gov.co
www.hospitalmaternosoledad.gov.co

SECRETARÍA DE SALUD

Hospital Materno Infantil

E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

PROGRAMA	Sexualidad derechos sexuales y reproductivos.
RESPONSABLE	Joana estrada.
ENTORNO	COMUNITARIO
LUGAR	Ciudad de Ucrania.
VEREDA DE LA ACTIVIDAD	

AÑO	MES	DIA
2025	11	27

Nº	DATOS DE IDENTIFICACIÓN			SEXO		UBICACIÓN		AFILIACIÓN EN SALUD				POBLACIONES A LA POBLACIÓN						FIRMA
	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	F	M	DIRECCIÓN	TELEFONO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	NO ESTIPULA	EPS							
1	Judith. Arias	32758766	52	✓		Villas de San. Antonio	3022469712	✓			Sanitas							Judith Arias R
2	Consuelo. Gelves	22606236	43	✓		Villas de San. Antonio	3146799217		✓		C/pi							Consuelo Gelves
3	Kelys. Pena	22550650	43	✓		Villas de San. Antonio	3155692959		✓		Sanitas							• Kelys Pena
4	Yolfa. Marquez	1043677057	17	✓		Villas de San. Antonio	3006947152		✓		Sura							• Yolfa Marquez
5	Juan. Polo	1042860086	14			Villas de San. Antonio	3006940252		✓		Mser							• Sebastian Polo
6	Joice. Otero	1143145346	31	✓		Villas de San. Antonio	3092534903	✓			Mpos							Joice Otero
7	Dominga. Ricardo	10992347	78		✓	Villas de San. Antonio	3012571411		✓		Mser							Dominga Ricardo
8	Maibel. Julio	32198086	58	✓		Villas de San. Antonio	3011236705		✓		Mser							Maibel Luz Julio C
9	Katerine. Cortes	55238000	41	✓		Villas de San. Antonio	3235278931		✓		C/pi							
10	Ana. Ortiz.	22597958	66	✓		Villas de San. Antonio	3135182770		✓		Mser							Ana Ortiz
11	Shirla. Solano	32856668	54	✓		Villas de San. Antonio	3012576083	✓			Coosalud							Shirley Polanco
12	Elizabeth Ramirez	30798392	59	✓		Villas de San. Antonio	3116704365		✓		Mser							El. Zoila Elizabeth Ramirez
13	Karina. Guerrero	1042429772	44	✓		Villas de San. Antonio	3004735844		✓		Sanitas							Karina Guerrero
14	Jhesselen. Marquez	22647675	45	✓		Villas de San. Antonio	3007433479		✓		Mser							• Jhesselen Marquez
15	Adriana. Lopez	1001781035	23	✓		Villas de San. Antonio	3254127204	✓			Sura							Adriana Lopez
16	Yandri. Diaz	1044410692	20	✓		Villas de San. Antonio	3012708062	✓			C/pi							• Yandri Diazgranados
17	Yeiko. Molina	9-11-2013	12		✓	Villas de San. Antonio	3012708062		✓		No reporta							• Yeiko Molina
18	Emmanuel. Bonnelura	1099622	16		✓	Villas de San. Antonio	3235132480	✓			Sanitas							Emmanuel Bonnelura
19	Yeidys. Coronado	22651562	44	✓		Villas de San. Antonio	3012229649	✓			Sanitas							• Yeidys Coronado
20	Luisa. Rocha	1043625148	18	✓		Villas de San. Antonio	3218898923	✓			C/pi							• Luisa Rocha

ACTIVIDAD:

Mediante el registro en los datos personales en el presente formato, usted autoriza a la ESE Hospital Materno Infantil de Soledad a la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el control de registro y asistencia en el marco de la [illegible]. Como titular de información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, para presentar quejas ante la ESE por infracción a la ley 1581 de 2012, revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato en el que esta proceda y acceder en forma gratuita a los mismos.

ALCALDÍA de SOLEDAD

Dirección: Carrera 46 # 31-30 Soledad, Atlántico, Colombia
Teléfono: (57 605) 3106833 info@metropolitanaesesoledad.gov.co
www.metropolitanaesesoledad.gov.co

SECRETARÍA DE SALUD

Hospital Materno Infantil

E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

CÓDIGO: FECHA: 03

VERSIÓN: 02

FECHA: 18/12/2023

PROGRAMA: Convivir Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivos

RESPONSABLE:

ENTORNO: COMUNITARIO

LUGAR: Unidad de Victimas

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

AÑO: 2025 MES: 11 DÍA: 28

No.	DATOS DE IDENTIFICACIÓN: NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	SEXO: F	SEXO: M	UBICACIÓN: DIRECCIÓN	UBICACIÓN: TELEFONO	AFILIACIÓN EN SALUD: CONTRIBUTIVO	AFILIACIÓN EN SALUD: SUBSIDIADO	AFILIACIÓN EN SALUD: NO AFILIADO	AFILIACIÓN EN SALUD: EPS	FACTORES A LA POBLACIÓN: INDÍGENA	FACTORES A LA POBLACIÓN: AFRO	FACTORES A LA POBLACIÓN: DISCAPACIDAD	FACTORES A LA POBLACIÓN: VICTIMA DEL CONFLICTO	FACTORES A LA POBLACIÓN: GOLFA/LGBTI	FACTORES A LA POBLACIÓN: OTRO	FIRMA
1	Felipe Castilla	8699180	65		✓	San Antonio	3044056025		✓		Meps							
2	Pablo Diaz	1143130110	34		✓	San Antonio	3042028640		✓		Mi Sor							
3	Valeria Ochoa	1101813445	20	✓		Villas de San Antonio	3001607230		✓		Mi Sor							
4	Andres Quintero	1075262306	33			Villas de San Antonio	3229110035	✓			Mi EPS							
5	Adersson Badillo	8498854	45		✓	Villas de San Antonio	3012188234	✓			Epi							
6	Nelson Gutierrez	1047358404	29		✓	Villas de San Antonio	3014420699	✓			Sura							
7	Jorsy Romero	55229060	43	✓		Villas de San Antonio	3043094519	✓			Sanitas							
8	Carolina Diaz	40988025	40	✓		Villas de San Antonio	3734752742		✓		Nueva							
9	Maria Gutierrez	32886486	47	✓		Villas de San Antonio	3215145236	✓			Coosalud							
10	Katerine Navarro	57692976	47	✓		Villas de San Antonio	3246000996		✓		Epi							
11	Leydis Gonzalez	1150853945	32	✓		Villas de San Antonio	3217869744	✓			Sanitas							
12	Wilson Garcia	1129504492	38		✓	Villas de San Antonio	3183375585	✓			Sanitas							
13	Ximed Garcia	1043473853	9			Villas de San Antonio	3217869744	✓			Sanitas							
14	Ruben Torrealba	6663584	10			Villas de San Antonio	3134557272		✓		Mi Sor							
15	Lucia Diaz	1044661757	9	✓		Villas de San Antonio	3042028640		✓		Mi Sor							
16	Noelia Diaz	1051699491	10	✓		Villas de San Antonio	3042028640		✓		Mi Sor							
17	Oswaldo Martinez	72209708	51			Villas de San Antonio	3103585197		✓		Coosalud							
18	Yaoska Lopez	1047336918	37	✓		Villas de San Antonio	3003493226	✓			Total							
19	Eliana Diaz	1042442883	33	✓		Villas de San Antonio	3003362545		✓		Sanitas							
20	Valentina Muñoz	29-12-2011	13	✓		Villas de San Antonio	Hogar		✓		Mi Sor							

ACTIVIDAD:

Diligencio el suscrito en mis datos consignados en el presente formato, acorde autorizo a la ESE Hospital Materno Infantil de Soledad a la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de cumplir el contenido del registro y evidencia del evento de promoción institucional. Como titular de información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a sus datos, por lo presente cumple con la ley estatutaria 1581 de 2012, ejercer la autorización y/o solicitar la suspensión de sus datos en las bases de datos cuando no sean utilizados conforme a los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Dirección: Carrera 47 33-05 Soledad, Atlántico, Colombia
Teléfono: +57 3002000001 info@hmisoledad.gov.co
www.hmisoledad.gov.co

SECRETARÍA DE SALUD

328

Hospital
Materno Infantil

CENTRO COMERCIAL PLAZA DEL SOL

329

ALCALDÍA
SOLEDAD

330

Hospital Materno Infantil

Soledad / Atlántico, 23- DIC · de 2025

Señor(a)
María Luisa Genes
Dirección: C.C Plaza del sol.
Barrio: Arboleda

Cordial Saludo

La Secretaría De Salud Municipal De Soledad, en cumplimiento a lo estipulado en el Plan De Intervenciones Colectivas (PIC) 2025, contemplado en la Ley 1122 De 2007 Art 33, Ley 1438 De 2011 Art 6 Y En Las Resoluciones 1841 Del 2013 Y 0518 Del 2015, solicita a usted su colaboración y capacidad de liderazgo para incentivar y sensibilizar a su comunidad en la participación de actividades educativas y estrategias IEC, facilitándonos espacios para el desarrollo de estas actividades; las cuales serán ejecutadas por el equipo de profesionales de la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana De Soledad y tienen el propósito de aportar al mejoramiento de la Salud de la población a través de la promoción en Salud.

Actividad a Desarrollar:
Conmemorar el día mundial de la lucha contra el VIH, consistente en una exposición tipo galeria/museo que contenga mensajes de sensibilización sobre el tema, entre el 24 de noviembre al 1 de diciembre de 2025, en al menos dos sitios de afluencia masiva del municipio y una celebración grande el 1 de diciembre cuyo tema principal sea la promoción de la prevención del VIH/SIDA así como el acceso oportuno a los servicios de salud en esta población

Cantidad de personas a intervenir: 300
Responsables: Joana Estrada
Fecha Realización actividad: del 29-nov- al 1 DIC 2025
Hora: 2:00 Pm.

Agradeciendo su colaboración y pronta respuesta

Atentamente,

JALICSSA ARRIETA ORTEGA
Coordinadora Plan De Salud De Intervenciones Colectivas

Andrés Mendoza
3007137169.

Hospital Materno Infantil

CERTIFICACION DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Información General

Fecha: Del 29 de Noviembre de 2025 Hasta 1 de Diciembre de 2025

Lugar: Centro Comercial plaza del Sol

Hora Inicio: 8:00 AM **Hora final:** 4:00 PM

Ámbito: Urbano **Entorno:** comunitario

Programa: Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

Participantes Comunidad en general y vulnerable

Tema: Conmemoracion VIH.

Objetivo: Conmemorar el dia mundial de la lucha contra el VIH, consistente en una exposición tipo galeria/museo que contenga mensajes de sensibilización sobre el tema, entre el 24 de noviembre al 1 de diciembre de 2025, en al menos dos sitios de afluencia masiva del municipio y una celebración grande el 1 de diciembre cuyo tema principal sea la promoción de la prevención del VIH/SIDA así como el acceso oportuno a los servicios de salud en esta población

Responsables:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	PROFESION	FIRMA
1	JOANA ESTRADA VILORIA	1143148228	PSICOLOGA	

Observaciones:

Firma para constancia de esta actividad:

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
	TELEFONO 3207137169		

Firma Veedor de la comunidad o su equivalente:

Por medio de la presente acta se da fe que se realizó la actividad relacionada en el presente documento

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	PROFESION	FIRMA
Yesmith Paternina Diaz	1006879752	Asistente.	

TELEFONO

JALICSSA ARRIETA ORTEGA
Coordinadora PIC

Hospital Materno Infantil

E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

CÓDIGO: FO-PIC-02
VERSIÓN: 01
FECHA: 18/01/2024

PROGRAMA: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos
RESPONSABLE: JOANA ESTRADA VILORIA
ENTORNO: comunitario
LUGAR: C.C plaza del sol.
VEEDOR DE LA ACTIVIDAD:

Año: 2025 | Mes: 11 | Día: 27

Nº	DATOS DE IDENTIFICACIÓN			SEXO		UBICACIÓN		AFILIACIÓN EN SALUD				PERTENECE A LA POBLACIÓN						FIRMA
	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	F	M	DIRECCIÓN	TELEFONO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	NO AFILIADO	EPS	INDIGENA	AFRO	MIGRANTE	VICTIMA DEL CONFLICTO	DISCAPACIDAD	GESTANTE	
1	Yenyuris Torres	1001781886	22	/		Soledad	3043295848	x			S. total							
2	[illegible] Pena	32775775	52	/		Soledad	3147759116	x			S. total							
3	Angie Montalvo	1042356236	28	/		Soledad	3178087737	x			UEPS							
4	Ovidis Monsa	32825296	58	/		Ferrocarril	3022982845	x			UEPS							
5	Yeldris Ojeda	32862578	53	x		Soledad	3114209570				UEPS							
6	Wendy Alana Acosta	1042442790	37	x		Soledad	3043441350				caja CAR							
7	Dafne Blanco S	64893614	49	x		Soledad	3145648619	x			S. total							
8	Gil Raeda Moreno	8776973	20		x	Soledad	3002426633	x			Cajacar							
9	Cassell Parada De La Cruz	1143115384	36	x		Soledad	3043540578	x			Sanitas							
10	Sandra Parada	04-05	75	x		Soledad	3008521600	x			Sura							
11	Harlen Parada	19-12	27		x	Soledad	3108699914	x			Sanitas							
12	Delvis Carrillo	1215229644	46	x		Cll 23 #19-59	3119126012	x			Sanitas							
13	Yenifer Fernandez Castillo	32671952	32	89		Barrio de Soledad	3107784245	x			Nueva EPS							
14	Yocelin Vargas	1042423423	28	x		Cra 21 #cs 250	3103850626		x		Coosalud							
15	Lenia Bracho	1045054122	83	/		Cra 41A #33-12	3144829654		x		SURA							
16	Edilberto Rivera	8760809	67		x	Calle 24 #43-125	3012429114	x			Policia							
17	Ana Rivas Carrillo	1143965388	23			calle 42 #37-18	3012212918	x			MyP							
18	Martin Parada	5057305	64		x	Soledad	3008573815	x			Saludvida							
19	Karen Izquierdo	26812705	26		x	Soledad	3135764[illegible]	x			Nueva							
20	Maricela Valdamoso R.	22641616	41	x		Mza 6 #5TA 23	3004896948	x			N.EPS							

ACTIVIDAD:

Mediante el registro de sus datos personales en el presente formato, usted autoriza a la ESE Hospital Materno Infantil de Soledad a la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el trámite de registro y evidencia del evento de presencia institucional. Como Titular de información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se le ha dado a los mismos, para presentar quejas ante la ESE por infracción a la ley estatutaria 1581 de 2012, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

ALCALDÍA SOLEDAD

Dirección: Carrera 45 N.N. Del Soledad, Atlántico, Colombia
Teléfonos: (+57 6059550810) - info@maternoinfantil.gov.co
www.maternoinfantil.gov.co

SECRETARÍA DE SALUD

Hospital Materno Infantil

E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

CODIGO: FO-PIC-02
VERSIÓN: 06
FECHA: 18/01/2024

PROGRAMA: Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivos
RESPONSABLE: JOANA ESTRADA VILORIA
ENTORNO: Comunitario.
LUGAR: C.C Plaza del Sol.
VECTOR DE LA ACTIVIDAD:

Año: 2023 | Mes: 11 | Día: 29

Nº	DATOS DE IDENTIFICACIÓN			SEXO		UBICACIÓN		AFILIACIÓN EN SALUD				PERTENECE A LA POBLACIÓN						FIRMA
	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	F	M	DIRECCIÓN	TELEFONO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	NO REPORTA	EPS	INDIGENA	AFRO	MIGRANTE	VICTIMA DEL CONFLICTO	DISCAPACIDAD	OTRO=	
1	Angie Gonzaga	1045727567	30	✓		calle 32 # 38-35	3206676087	✓			Sura							
2	Kamila Ibañez	1007711988	24	✓		Dg 30 # 30-57	3216668130	✓			Salud T							
3	Angel Ramos	72931558	43		✓	Calle 24 # 37-24	3013768317	✓			Salud T							
4	Maria Padilla	44156055	41	✓		calle 24 # 37-38	3245074777		✓		Cajacopi							
5	Juan Cabrera	1001983748	22		✓	Calle 30 # 37-23	3015163628		✓		Coosalud							
6	Leyla Rudas	32697816	60	✓		Salamanca	3154639684		✓		Mutual S							
7	Mariela Orozco	1042464102	25	✓		Hilo de Oro	3011926088		✓		Sanitas							
8	Janeth Zarate	32679689	61	✓		Los Robles	3019127846		✓		Mutual S							
9	Milena Gonzalez	32886997	37	✓		Centro	3126303717	✓			Sura							
10	Elvis Lopez	72222252	40		✓	Calle 19 # 36-28	3245698 34	✓			Sura							
11	Maribel Perez	32817251	50	✓		Kra 36 # 39-04	3015506312		✓		M/Set							
12	Ceritth De la Hoz	32814499	48	✓		Calle 21 # 39-16	3158709699		✓		Mutual S							
13	Mayla Salazar	26901222	39	✓		Calle 43 # 36-09	3018169097		✓		Sura							
14	Ruby Ramirez	32864858	45	✓		Calle 29A # 43-68	3206435238	✓			Sura							
15	Piedad Parra	32703430	59	✓		Arboleda	3145562779		✓		Cajacopi							
16	Farid Mendoza	72974446			✓	Calle 57 # 14-105	3043295941		✓		Sanitas							
17	Monica Ruggiero	32895630	26		✓	Ciudadela M.	3015142862		✓		Sanitas							
18	Jackeline Molina	32876518	55	✓		Kra 34C # 30-38	3022500097	✓			NEPS							
19	Manuel Romero	1007199259	40		✓	Soledad 2000	3106312638		✓		NEPS							
20	Sander Barcelo	1001189977	34		✓	K 7 SUR # 19A-40	3154368628		✓		Coosalud							

ACTIVIDAD:

Mediante el registro de sus datos personales en el presente formato, usted autoriza a la ESE Hospital Materno Infantil de Soledad a la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el control de registro y evidencia del evento de presencia institucional. Como Titular de información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a sus mismos, para presentar quejas ante la ESE por infracción a la ley estatutaria 1581 de 2012, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

Hospital Materno Infantil

E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

CÓDIGO: TO-PIC-02
VERSIÓN: 03
FECHA: 18/01/2024

PROGRAMA: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos
RESPONSABLE: JOANA ESTRADA VILORIA
ENTORNO: Comunitario.
LUGAR: C. C Plaza del sol.
FECHA DE LA ACTIVIDAD: Año 2025 | Mes 11 | Día 30

Nº	DATOS DE IDENTIFICACIÓN			SEXO		UBICACIÓN		AFILIACIÓN EN SALUD				PERTENECE A LA POBLACIÓN						FIRMA
	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	F	M	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	NO REPORTA	EPS	INDÍGENA	AFRO	MIGRANTE	VÍCTIMA DEL CONFLICTO	DISCAPACIDAD	GESTANTE	
1	Alissa Medina Hernandez	1193961909	28	F		Cra 7 # 45 D 67	3122642242	X			Sura							
2	Jorge Barrio Jimenez	1042455921	28		X	Cra 22H23 #14	3014795696	X			Mutual Ser							
3	Cesar Cara	1093788870	25		X	Cra 59 B #72 #5	3005858381		X		Sura							
4	Ivisa Arcón Romero	1043115403	21	X		calle 20 # 17 - 75	3013122894	X			Sanitas							
5	Mayo Alvarino	1001887245	23	X		Cra 33 # 29 - 66	3043467982			X	Salud Total							
6	Jordan Ruiz	1043134022	18		X	Carrera 6 # 15 130	3026157271		X		Sanitas							
7	Jordy de Alba	1042452964	29		X	Calle 19 # 73 - 48	3236498689	X			Soledad							
8	Jose Miguel Sto Castro	1093896429	23		X	calle 17 # 21 - 113	3003859314	X			Salud							
9	Sailyn Bonfante	1-3765321	18	X		Carrera 12 5 H 69 - 96	3004855521	X			Policía							
10	Sharlen Ruiz	1144544464	14	X		Carrera 15 B # 94 - 54	3016029817		X		Salud Total							
11	Betsy Isabel Sandoval	1043159122	15	X		Cll 17 # 15 A 104	3042214531		X		Mutualser							
12	Luz Garcia Gonzalez	1047857529	28		X	Cl 22 # 16 - 79	3028436944	X			Salud Total							
13	Yohanis Elieth Rodriguez	1043142380	18	X		Cra 26 # 27 - 24	3023448116	X			Sanitas							
14	Ybabela Guerrero	1042565503	17	X		Cra 1A # 42 - 65	3128944942	X			Sura							
15	Sheyla Vanessa Varela Ortiz	1043178389	17	X		Cll 16 # 25 - 40	3013876625	X			Col Sanitas							
16	Oriana Isabel Cervantes	1043157869	15	X		Cll 20 # 21 - 32	3117491428	X			Sura							
17	Jorge Rodrigues	8788042	47	V		Soledad	3015398027		V		Nueva EPS							
18	Maria Acuña	22746657	64	V		Cll 22 # 15 A 29	3015050769		V		Nueva EPS							
19	Yanet Alvarez	32712761	58	V		Cra 18 # 56 B 72	3102957537		V		Salud Total							
20	Miguel Diaz	6668409.	66	V		Cra 56 B # 4P - 03	3167276161		V		Asmet							

ACTIVIDAD:

Mediante el registro de sus datos personales en el presente formato, usted autoriza a la ESE Hospital Materno Infantil de Soledad a la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el trámite de registro y evidencia del evento de asistencia institucional. Como Titular de información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, para presentar quejas ante la ESE por infracción a la ley estatutaria 1581 de 2012, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

ALCALDÍA SOLEDAD

Dirección: Carrera 46 53 06 Soledad, Atlántico, Colombia
Teléfono: +57 6089900831 info@esehospitalmisoledad.gov.co
www.esehospitalmisoledad.gov.co

SECRETARÍA DE SALUD

Hospital Materno Infantil

E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL DISTRITAL METROPOLITANA DE SOLEDAD

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

PROGRAMA: Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos

RESPONSABLE: Joana estrada

ENTORNO: COMUNITARIO

LUGAR: C.C Plaza del sol.

RECEPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

AÑO: 2025 MES: 11 DÍA: 30

N°	DATOS DE IDENTIFICACIÓN: NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	SEXO: F	SEXO: M	UBICACIÓN: DIRECCIÓN	UBICACIÓN: TELÉFONO	AFILIACIÓN EN SALUD: CONTRIBUTIVO	AFILIACIÓN EN SALUD: SUBSIDIADO	AFILIACIÓN EN SALUD: NO AFILIADO	AFILIACIÓN EN SALUD: EPS	PERTINENCIA A LA POBLACIÓN: VICTIMAS	PERTINENCIA A LA POBLACIÓN: ETNIA	PERTINENCIA A LA POBLACIÓN: MIGRANTE	PERTINENCIA A LA POBLACIÓN: POBLACIÓN CON LIMITACIÓN (CUAL?)	PERTINENCIA A LA POBLACIÓN: DESPLAZADO	PERTINENCIA A LA POBLACIÓN: LGBTIQ+	FIRMA
1	Carolina Arrais	4988075	40	✓		Villas de Su tutanio	3234757272		✓		NEPS							
2	Valeria Ochoa	1001813445	20	✓		Villas de Su tutanio	3011601730		✓		Mutual							
3	Pablo Diaz	1143130110	19		✓	Villas San Antonio	3042038690		✓		Mutual							
4	Leidis Gonzalez	1140853945	32	✓		Villas San Antonio	3217869244		✓		Sanitas							
5	Luis Romero S	5522996043		✓		Villas San Antonio	3043094519		✓		Sanitas							
6	Sara Rebls	32874292	49	✓		Sara Rebls	3014298700		✓		M.Ser							
7	Joice otero	1143147346	31	✓		Villa de San Antonio	3193534903		✓		NEPS							
8	Maria Gutierrez	32.996486	47	✓		Villa de San Antonio	3215145236		✓		Coosalud							
9	Erika Mendez	1052999830	29	✓		Villa de San Antonio	3106502968		✓		S.Total							
10	Maria Mendez	1002378113	32	✓		Villa de San Antonio	3053793342		✓		coosalud							
11	Anisafia Silver	5-12-2016	8	✓		Villa de San Antonio	3106502968		✓		S.total							
12	Isabela Blanco	19-05-2010	15	✓		Villa de San Antonio	3012598987		✓		Sura							
13	Katerin Pallares	045688398	34	✓		Villa de San Antonio	3242271367		✓		Sanitas							
14	Luis Cabal	1043485868	11		✓	Villa de San Antonio	3242271367		✓		Sanitas							
15	Carmen Ojeda	32642280	66	✓		Villa de San Antonio	3209021103		✓		Mi Ser							
16	Jovanny Cervantes	8659148	45		✓	Villa de San Antonio	3209021103		✓		Mi EPS							
17	Francisco Lopez	8738308	62		✓	Villas de San Antonio	3125908823	✓			Mi EPS							
18	Jose Vega	1044663819	19		✓	Villa de San Antonio	3044153654		✓		S.total							
19	Santander Meza	1893430	70		✓	Villa de San Antonio	3124938897		✓		S.total							
20	Yomaira Verdugo	22531572	49	✓		Villa de San Antonio	3003640154		✓		S.total							

ACTIVIDAD:

Diligencio el registro de los datos personales en el presente formato, usted autoriza a la ESE Hospital Materno Infantil de Soledad a la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el trámite de registro y prestación del servicio de promoción y prevención. Como titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, para presentar quejas ante la ESE por infracción a la ley estatutaria 1581 de 2012, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que no procedan los límites establecidos en dicha ley y/o en el decreto.

Gloria Ayala

Hospital Materno Infantil

E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

CÓDIGO: TO-FIC-02
VERSIÓN: 03
FECHA: 18/01/2024

PROGRAMA: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos
RESPONSABLE: JOANA ESTRADA VILORIA
ENTORNO: comunitario
LUGAR: C.C Plaza del sol.
VELOCIDAD DE LA ACTIVIDAD:

Año	Mes	Día
2025	11	30

Nº	DATOS DE IDENTIFICACION			SEXO		UBICACIÓN		AFILIACION EN SALUD				PERTENECE A LA POBLACION						FIRMA
	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACION	EDAD	F	M	DIRECCION	TELEFONO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	NO REPORTA	TIPO	INDIGENA	AFRO	MINORIAS	VICTIMA DEL CONFLICTO	DISCAPACIDAD	LGTBIQ+	
1	MARIA Camila Jimenez	1061048888	28	✓		C 11 32 # 52-36	3206571639	X			N EPS							MARIA Jimenez
2	Angie Milena Arana	1061048147	28	✓		— — —	— —		✓		N EPS							Angie Arana
3	Jessica Cardenas	1007972130	22	✓		C 11 45 D # 2A-43	3044314663	X			Sanitas							Jessica Cardenas
4	Yeni Doranta	8102530	46	✓			3023174669		✓		Coosalud							Yeni Doranta
5	Edgar Zambrano	1406664	34		✓	— — —	3222144813		✓		Cajapi							Edgar Zambrano
6	Sandra Olivares	32876588	49	X		Tr 11 #38-100	3015878563		X		Cajapi							Sandra Olivares
7	Alejandro Gonzalez	8684812	65		✓	C 11 42 B 75-2	3056003130			✓	Cajapi							Alejandro G.
8	Jenifer Briñez	55238679	40	✓		C 11 33 A 25-34	3014063215		✓		Mutual							Yenifer Briñez
9	Luis Alfredo Torres	3277134	53	✓			3225939905		✓		Utsor							Luis Alfredo T.
10	Ruth Alvarado	32696069	59	✓		Hipodromo	3286455596		✓		Coosalud							Ruth
11	Elvira Cuma	13863728	46	✓		Central	3023174664		✓		Coosalud							Elvira Cuma
12	Karina Pestana	1047216165	39	✓		CR 10 H 10 - 49	3122559638		✓		Utsor							Karina Pestana
13	Wendy Morales	1045716061	32	✓			3013671711	✓			Sura							Wendy M.
14	Jose Mendoza	8776599	55		✓	Puerto Gaita	3002455493	✓			S. total							Jose Mendoza
15	Hector Charris	7243184042			✓	Ely Bunga	3002396678	✓			Utsor							Hector Charris
16	Karolina Morales	1045716061	31	✓		Arboleda	3013673171	✓			Sura							Karolina M.
17	Nathalia Cano	1011116992	21	✓		Central	3128985945	✓			Sura							Nathalia C.
18	Maria Peralta	1002818286	19	✓		Robles	3139146902	✓			Sura							Maria Peralta
19	Raul Fontalvo		45		✓	Centro	3243276619		✓		Utsor							Raul Fontalvo
20	Jaime Pulgarin		50		✓	Hipodromo	3217634415	✓			Sanitas							Jaime Pulgarin

ACTIVIDAD:

Mediante el registro de sus datos personales en el presente formato, usted autoriza a la ESE Hospital Materno Infantil de Soledad a la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el tramite de registro y evidencia del evento de presencia institucional. Como Titular de información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, para presentar quejas ante la ESE por infracción a la ley estatutaria 1581 de 2012, revocar la autorización y/o solicitar la suspensión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Dirección: Carrera 40 #11-06 Soledad, Atlántico, Colombia
Teléfonos: +57 3053858353 - info@maternoinfantil.gov.co
www.maternoinfantil.gov.co

SECRETARÍA DE SALUD

Hospital Materno Infantil

E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

CÓDIGO: FO-PIC-03
VERSIÓN: 03
FECHA: 18/01/2024

PROGRAMA: Convivencia Social y Salud Mental
RESPONSABLE: JOANA ESTRADA VILORIA
ENTORNO: Comunitario.
LUGAR: C.C Plaza del Sol.
VEREDA DE LA ACTIVIDAD:

Año: 2025 | Mes: 12 | Día: 1

Nº	DATOS DE IDENTIFICACION			SEXO		UBICACIÓN		AFILIACION EN SALUD				PERTENECE A LA POBLACION						FIRMA
	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACION	EDAD	F	M	DIRECCION	TELEFONO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	NO REPORTA	EPS	INDIGENA	ROM	AFRO	VICTIMA DEL CONFLICTO	DISCAPACIDAD	OTRO	
1	Elba Moreno	57 303 367	54	✓		Alle 48 #2A-10-54	3225413629		✓		N. EPS							x Elba
2	Martha Arrieta	33105149	70	✓		Las Margaritas	3212835219		✓		Sanitas							x M. Arrieta
3	Lila Torres	22913631	49	✓		Villa Gloria	3017604930		✓		Nueva							x Lila Torres
4	Osvaldo Donado	8734090	55		✓	Arboledas	3163526143	✓			Sanitas							Osvaldo D.
5	Aracely Rodriguez	22647801	48	✓		Triunfo	3238819288		✓		Coosalud							x Aracelis
6	Fausta Vargas	57070003	70	✓		Villa Katanga	No tengo		✓		Sanitas							x Fausta
7	Andres Bolaño	1143042159	20	✓		Cucuruchito	3012828811		✓		Nueva							x Andres Bolaño
8	Sebastian Pinto	1240200635	22		✓	Cachimbero	3042009359		✓		Asmet Salud							x Sebastian
9	Jose Daniel Villalobos	6356691	28		✓	La Loma	No tengo		✓		Nueva							x Jose Villalobos
10	Luis Angel Garibaldi	1043127491	27		✓	12 de Octubre	3045718100		✓		Coosalud							x Luis
11	Andres Quiñones	1028942081	18		✓	N. Triunfo	No tengo		✓		Coosalud							x Andres Quiñones
12	Anny Donado	1043124501	33	✓		Villa Del Rey	3012603002		✓		N. EPS							Anny Donado
13	Jolly Gomez	1043176127	20	✓		Cra 33A #104-10	3103947350		✓		N. EPS							x Jolly Gomez
14	Sofia Mejia	1047187227	15	✓		Cra 6A #2-28	3233816824		✓		Coosalud							x Sofia Mejia
15	Mayra Jaramillo	1006916711	22	✓		Cra 6E #28A-39	3242901262		✓		Coosalud							x Mayra Jaramillo
16	Daniel Arguello	1007219362	21		✓	Cra 28 #21A-28	3141279756			✓								x Daniel
17	Shirley Moreno	1001871169	34	✓		La Esperanza	No tengo		✓		Coosalud							x Shirley Moreno
18	Luis Cardenas	1002119068	35		✓	La Esperanza	3015874709		✓		Sanitas							x Luis Cardenas
19	Mylene Jimenez	1141121721	20	✓		Cra 80 #6-12	3045574201		✓		Nueva							Mylene Jim
20	Wilmer Zambrano	1140816729	30		✓	Alle 7A #2-90	3012972602		✓		Nueva							x Wilmer Zambrano

ACTIVIDAD:

Mediante el registro de sus datos personales en el presente formato, usted autoriza a la ESE Hospital Materno Infantil de Soledad a la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el trámite de registro y evidencia del evento de presencia institucional. Como Titular de información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se le dado a los mismos, para presentar quejas ante la ESE por infracción a la ley estatutaria 1581 de 2012, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

ALCALDÍA SOLEDAD

Dirección: Carrera 43 15 08 Soledad, Atlántico, Colombia
Teléfono: +57 6053836831 info@maternoinfantil.gov.co
www.maternoinfantil.gov.co

SECRETARÍA DE SALUD

Hospital Materno Infantil

E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

INDICATIVO: convivencia social y salud Mental.
RESPONSABLE: Joana Estrada
ENTORNO: comunitario
LUGAR: C.C Plaza del sol.
FECHA DE LA ACTIVIDAD: Año 2025 Mes 12 Día 1

No.	DATOS DE IDENTIFICACION			SEXO		UBICACION		AFILIACION EN SALUD				PERTENECE A LA POBLACION						FIRMA
	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACION	EDAD	F	M	DIRECCION	TELEFONO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	NO REGISTRA	EPS	INDIGENA	JAC	VICTIMA DEL CONFLICTO	DISCAPACITADO	GESTANTE		
1	Graciela Gomez	49737805	62	✓		Vereda	3017776655	✓			Nser							Graciela Gomez
2	Edilsa Arce S.	32-873-880	49	✓		Unidad Uceffam	3001629681	—			nsl sel							Edilsa Arce S.
3	Yelisa Urbina	1018171035	32	✓		Unidad Uceffam	3107076481	✓			Sayacopi							Yelisa Urbina
4	Marlene Linares	26784437	67	✓		Palanco 60	3022469838	✓			Coosalud							Marlene
5	* Ricardo Perez	72049182	47		✓	Palanco	3022469838	✓			coosalud							Ricardo
6	Yoni Sibbaldo	7218024	43		✓	Ciudad paraiso	3115818655	✓			N. EPS							
7	Yeiny Ospina	24453360	49		✓	Diagonal 50A	3136209716	✓			Capresoca							
8	Fernando Ramos	72176992	52		✓	Calle 34a N°4A47	3026601295	—			Nser							
9	Maricorneguela	51672208	36	X		Calle 76 # 13A 36	3242027777	X			Nser							Maricorneguela
10	Yeimer Ramirez	8335654	50			X 4C 64 #23-21	3243720258	X			Nser							Yeimer Ramirez
11	Carmen Pinto	1002026731	27	X		Cll 59 # 19-09	3052012385	X			coosalud							Carmen
12	Marlene Jimenez	26765659	59	X		Cll 76 D 16-20	3148149923	X			Sisben							Marlene Jimenez
13	Dinaluz Rueda	10513620094	29	X		Cll 67 B # 23-35	3196315244	X			Nser							Dinaluz
14	Yeira Noguera	32701900	25	X		Cra 79 # 21c 04	3107460831	X			Nser							
15	Ximena Gutierrez	55232864	40	X		cll 8 # 18 E 35	3002206178	X			Sorda							Ximena Gutierrez
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

ACTIVIDAD:

Autorizo el registro de mis datos personales en el presente formato, como asimismo a la E.S.E Hospital Materno Infantil de Ciudadela Metropolitana, para que los mismos sean incorporados a una base de datos con la finalidad de suministrar información acerca de programas institucionales. Como titular de información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, mediante escrito dirigido a la autoridad competente, o solicitar la supresión de los datos en los casos en que sea procedente, conforme lo establecen los artículos 14 y 15 de la Ley 1581 de 2012, mediante la presentación de la PQRS ante el canal de atención de la E.S.E. Hospital Materno Infantil de Soledad, para mayor información acerca de la Ley 1581 de 2012, consultar la página web www.hospitalmaternosoledad.gov.co

ALCALDÍA DE SOLEDAD

Dirección: Carrera 40 # 30-08 Soledad, Atlántico, Colombia
Teléfono: (+57) 606 06 40 ext. 1 www.hospitalmaternosoledad.gov.co

SECRETARÍA DE SALUD

Hospital Materno Infantil

E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

CÓDIGO: FO-PIC-012
VERSIÓN: 03
FECHA: 15/03/2024

PROGRAMA: Convivencia Social y Salud Mental.
RESPONSABLE: JOANA ESTRADA VILORIA
ENTORNO: COMUNITARIO.
LUGAR: C.C Plaza del Sol.
VEEDOR DE LA ACTIVIDAD:

Año: 2025 Mes: 12 Día: 4

Nº	DATOS DE IDENTIFICACIÓN			SEXO		UBICACIÓN		AFILIACIÓN EN SALUD				PERTENECE A LA POBLACIÓN						FIRMA
	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	F	M	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	NO REPORTA	EPS	INDÍGENA	AFRO	MIGRANTE	VÍCTIMA DEL CONFLICTO	DISCAPACIDAD	GESTANTE	
1	Jennifer Torregroza F	58230999	40	X		Calle 4 Sur N°2A-03	3005928726	✓			Sanitas							
2	Martha Orozco	22648537	64	X		C/115 #12-13-42	3002778501		/		S/Pedro							
3	Astrid del Carmen Ruiz	32861337	55	X		C/128 #21-02	3124296170		/		Cruz A.							
4	Angelis Molina	1237692072	19	X		Calle 60b 13F-16	3135085581		/		Coosalud							
5	Jadan Bravo J.	1148702123	29	X		Kra 51 #77B 03	3002665356		/		N.E.PS							
6	Catalina Mercado C	32861785	53	X		Cra 26 #28-38	3017918312		/		Sanitas							
7	Diana Lopez Ortega	1048277574	36	✓		Diag 42 14-115 Villa	3116183577	✓			Nueva Eps							
8	Dennys Olivera	22543666	65	✓		Calle 24B #38C-52	3004259824	✓			Sanitas							
9	Vanessa Carbello	55307496	40			Cra 20 N°72-47	3007166850		✓		Sura							
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

ACTIVIDAD:

Mediante el registro de sus datos personales en el presente formato, usted autoriza a la ESE Hospital Materno Infantil de Soledad a la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el control de registro y evidencia del evento de presencia institucional. Como Titular de información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, para presentar quejas ante la ESE por infracción a la ley estatutaria 1581 de 2012, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

Hospital Materno Infantil

E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD

CONTROL DE ASISTENCIA ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC"

CÓDIGO: VO-PIC-03
VERSIÓN: 03
FECHA: 18/12/2024

PROGRAMA: Convivencia Social y Salud Mental
RESPONSABLE: JOANA ESTRADA VILORIA
ENTORNO: Comunitario
LUGAR: C.C Plaza del Sol.
VEEDOR DE LA ACTIVIDAD:

Año: 2025 | Mes: 12 | Día: 1

Nº	DATOS DE IDENTIFICACIÓN: NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	SEXO: F	SEXO: M	UBICACIÓN: DIRECCIÓN	UBICACIÓN: TELÉFONO	AFILIACIÓN EN SALUD: CONTRIBUTIVO	AFILIACIÓN EN SALUD: SUBSIDIADO	AFILIACIÓN EN SALUD: NO REPORTA	AFILIACIÓN EN SALUD: EPS	PERTENECE A LA POBLACIÓN: VICTIMA	PERTENECE A LA POBLACIÓN: AFRO	PERTENECE A LA POBLACIÓN: INDÍGENA	PERTENECE A LA POBLACIÓN: VICTIMA DEL CONFLICTO	PERTENECE A LA POBLACIÓN: PROGRAMA ESPECIAL	PERTENECE A LA POBLACIÓN: DISTRITO	FIRMA
1	Marlen Martinez	32730636	34	✓		Cr 12#39B22	3012652916		✓		N EPS							Marlen Martinez
2	Damaro Garcia	27014827	89	✓		Cr 9 H 41-36	3126947000	✓			Sanitas							Damaro Garcia
3	Maira Garcia	22534584	46	✓		Cr 10 A #42-108	3004034658	✓			N. EPS							Maira G.
4	Carmen Caballero	22417722	56	✓		Cr 13 # 79.18	3145334312	✓			N. EPS							Caballero C.
5	Ariel Barros	32827891	55	✓		Cll 68A # 5C 51	3144094888	✓			Sura							Ariel Bar
6	Shirley Dante	22648339	45	✓		Cll 52 A #18-69	3017749011	✓			Sura							SHIRLEY APONTE
7	Marly Castellón	33226237	46	✓		Cr 2A Sur #36	3045521976	✓			N. EPS							Marly Castellon
8	Esnilda Romero	32864173	53	✓		Tv 19 #43-04	3006275718	✓			Sura							Esnilda Romero
9	Marly Pinada	64311283	69	✓		Cll 15# 25-22	3016856928	✓			N. EPS							Pinada Marly
10	Aida Blanco	22645026	46	✓		Cll 15 # 75-28	3002164396	✓			Sura							Aida Blanco
11	Nereida Manotas	22457326	54	✓		Cll 67 B H 2 46	3114356887	✓			Mutual							Nereida Manotas
12	Stefany Montilla	22746691	41	✓		Cr 34 B # 31-42	3143377498	✓			Coosalud							Stefany Montilla
13	Aida Beleño	32697.702	60	✓		Costa Hermosa	3183415816	✓			Sura							Beleño A.
14	Hacela Humanez	33764125	52	✓		Cll 56 # 5-05	3128570396	✓			Sura							Hacela Humanez
15	Yaira Dante	44153888	48	✓		Cr 18 A #56-39	3007947842	✓			Sanitas							Yaira Dante
16	Enilda Agamez	1041686391	39	✓		Cr 30 # 5-70	3204821775	✓			Cajacopi							Enilda Agamez.
17	Ruth D. Torres	53233200	41	✓		Cll 44 B # 55-06	3016822841	✓			Sura							Ruth D Agamez
18	Gabriela Villa	32685140	61	✓		Cll 39 B 7A-64	3126754692	✓			N. EPS							G. Villa
19	Nicol Nichols	1002162856	26	✓		Cl 48 D 3 75-21	3012187251	✓			Sura							Nicol Nichols
20	Verena Castro	25307466	40	✓			3002166850	✓			Sanitas							Verena Castro

ACTIVIDAD:

Mediante el registro de sus datos personales en el presente formato, usted autoriza a la ESE Hospital Materno Infantil de Soledad a la recolección, almacenamiento y uso en las reservas con la finalidad de adelantar el trámite de ingreso y prestación del servicio de protección institucional. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se les ha dado a los mismos, para presentar su queja ante la ESE por el incumplimiento a la ley estatutaria 1581 de 2012, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

ALCALDÍA – SOLEDAD

Dirección: Carrera 40 #34-08 Soledad, Atlántico, Colombia
Teléfono: +57 6054109860 Ext. 109 | info@maternoinfantil.gov.co
www.maternoinfantil.gov.co

SECRETARÍA DE SALUD

Hospital
Materno Infantil

CATALAGO

341

ALCALDÍA
SOLEDAD

CATALAGO

Conmemorar el día mundial de la lucha contra el VIH, consistente en una exposición tipo galería/museo que contenga mensajes de sensibilización sobre el tema, entre el 24 de noviembre al 1 de diciembre de 2025, en al menos dos sitios de afluencia masiva del municipio y una celebración grande el 1 de diciembre cuyo tema principal sea la promoción de la prevención del VIH/SIDA así como el acceso oportuno a los servicios de salud en esta población


DÍA
MUNDIAL
DE LA RESPUESTA
ANTE EL
VIH/SIDA


Prevenir
el VIH


V·IH·IDA

Hospital
Materno Infantil

PRUEBAS RAPIDAS VIH REALIZADAS

346

ALCALDÍA
SOLEDAD

Versión 01 2021

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad:
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: Las Ferias
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: H.M.I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna
2.4. Barrio

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: 72314981

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Máximo	Andrés	Bermudez	Varela

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: 1980 | 03 | 22
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
3.9. Presenta alguno de estos síntomas ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otras ITS
○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) ○ No presenta síntomas

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

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

5. No. Condones

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ○ NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

343

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

SERVICIO

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Arboleda
1.5. Tipo de lugar de la actividad: C.C.
1.6. Lugar de la actividad: Plaza de Sol.
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: H.M.I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna
2.4. Barrio

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: 25553480

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Luis	Enrique	Shoureo	Soto

3.4. Caracterización persona atendida

○ HSH ○ TRANS ○ PID ○ TS ○ HC ○ LESB ○ PPL ○ ITS ○ INMIGRANTE* ○ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
○ SPA ○ GESTANTE | Fecha de la última menstruación: AAAA MM DD | ○ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Venezolano

3.5. Sexo asignado al nacer	3.6. Fecha de nacimiento	3.6.1 Edad en años cumplidos
● Hombre ○ Mujer ○ Intersexual	1997 06 07	28

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

3.8. Régimen ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: No tiene

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

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

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

5. No. Condones: 3

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: 348

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

SERVICIO

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad:
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: Las Ferias
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: H.M.I.

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna
2.4. Barrio

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

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Eduardo	Luis	Garrido	Godoy

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: 1990 | 11 | 10

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: Coosalud.

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

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

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

○ 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

3

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

349

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

Versión 04 2021

FGM-2

SERVICIO

Versión_01_2023

FORM 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: las ferias
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: unidad uchum
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: H.M.I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna
2.4. Barrio

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: 1042417694

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Baris	Gabriel	Martinez	Saenz

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: AAAA MM DD
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: Cajacopi

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

3

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

350

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

SERVICIO

Versión_01_2023

Página 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlantico

1.2. Municipio: Soledad

1.3. Localidad/comuna:

1.4. Barrio donde se realiza la actividad:

1.5. Tipo de lugar de la actividad:

1.6. Lugar de la actividad: Las ferias

1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Hospital alaburo infantil soledad

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlantico

2.2. Municipio: Soledad

2.3. Localidad/comuna:

2.4. Barrio:

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: 1129507291

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Lina	Fernanda	Salcedo	Alejandra

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 | 15

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: 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: 3.

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: 351

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

SISMED-V5

Versión_01 - 2023

FORM 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: las ferias
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: Unidad de victimas
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: H.M.I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna
2.4. Barrio

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: 1129581103

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Humberto	Mario	Cueto	Vitola

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: 1987 09 21
3.6.1 Edad en años cumplidos: 37
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: NEPS.
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

3

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

352

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

SERVICIO

Versión_01_2021

FORM 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad:
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: Las ferias
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: H.M.I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio:

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: 1143122222

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Freider	De Jesús	Giraldo	Guerrero

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: 1990 10 24
3.6.1 Edad en años cumplidos: 36
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: NEPS.
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: 3

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: 353

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

SERVICIO

Versión 01 - 2023

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: las Ferias
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: unidad de victimas
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: H.M.I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna
2.4. Barrio

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

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Jairer	Tomas	Ortiz	Olozo

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: 1985 | 11 | 19
3.6.1 Edad en años cumplidos: 39
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: Mutual Ser
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

3

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

354

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

ANVERSO

Versión_01_2021

Forma 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlantico

1.2. Municipio: Soledad

1.3. Localidad/comuna:

1.4. Barrio donde se realiza la actividad:

1.5. Tipo de lugar de la actividad:

1.6. Lugar de la actividad: las ferias

1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: Hospital Materno infantil Soledad

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlantico

2.2. Municipio: Soledad

2.3. Localidad/comuna:

2.4. Barrio:

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: 30952297

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Reidy.	Del Carmen	Arroyo	Lara

3.4. Caracterización persona atendida

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

○ SPA ○ GESTANTE | Fecha de la última menstruación: 20 12 16 | ○ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Venezuela.

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

3.6. Fecha de nacimiento: 2003 07 07

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: No tiene.

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

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

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

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa ○ Servicio de salud IPS/ESE ○ Amigo/a ○ Líder/Lideresa sociedad civil

○ Motivación propia ○ Autotest Positivo ○ Autotest Negativo ○ Interés en PrEP ○ Redes Sociales/Casuales ○ www.tecuidamos.com.co

5. No. Condones

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ○ NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

355

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

SERVICIO

Versión_01_2023

FORM 2.

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Arboleda
1.5. Tipo de lugar de la actividad: E.C.
1.6. Lugar de la actividad: Plaza del 1.
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: H.M.I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio:

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: 1043136303

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Ruby	Paola	Zambrano	Moreno

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: AAAA MM DD
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: Mutual Ser

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

3

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

356

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

SERVICIO

Versión_01_2023

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

Número de formulario

Salud

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: Atlantico

1.2. Municipio: Soledad

1.3. Localidad/comuna:

1.4. Barrio donde se realiza la actividad:

1.5. Tipo de lugar de la actividad:

1.6. Lugar de la actividad: Las ferias

1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: Hospital Materno infantil Soledad

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlantico

2.2. Municipio: Soledad

2.3. Localidad/comuna:

2.4. Barrio:

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: 1042467 9

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Morelis	Maria	Briceño	G.

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 / 09 / 03 | ○ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Colombia

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

3.6. Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

3.6.1 Edad en años cumplidos: 40

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

3.

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

357

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

SERVICIO

Versión_01_2021

FORM 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlantico.

1.2. Municipio: Soledad

1.3. Localidad/comuna:

1.4. Barrio donde se realiza la actividad:

1.5. Tipo de lugar de la actividad:

1.6. Lugar de la actividad: Las ferias

1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Hospital Materno infantil Soledad

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlantico

2.2. Municipio: Soledad

2.3. Localidad/comuna:

2.4. Barrio:

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: 1129037687

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Nayarith	Patricia	Valencia	Torregroza

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 | 09 | 22 ○ POB. GENERAL ○ TB *País de procedencia: Colombia

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

3.6. Fecha de nacimiento: 2000 | 08 | 27

3.6.1 Edad en años cumplidos: 24.

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

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

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

3.8.1. Nombre de la aseguradora: Mutual Ser

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

3

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

358

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

SERVICIO

Versión 01 - 2023

FORM 2

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

Número de formulario

Salud

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: Antioquia
1.2. Municipio: Sabaneta
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: las Lomas
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: Unidad de victimas
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Hospital manuel uribe sabaneta

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Antioquia
2.2. Municipio: Sabaneta
2.3. Localidad/comuna
2.4. Barrio

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: 1042431436.

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Julia	Victoria	Arteta	Orozco

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

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ◉ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1989 | 04 | 24
3.6.1 Edad en años cumplidos: 28.

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

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

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

3

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

359

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

SERVICIO

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

Número de formulario

Salud

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: Atlantico.

1.2. Municipio: Soledad.

1.3. Localidad/comuna:

1.4. Barrio donde se realiza la actividad:

1.5. Tipo de lugar de la actividad:

1.6. Lugar de la actividad: Las ferias

1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Hospital Materno Infantil de Soledad

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlantico.

2.2. Municipio: Soledad.

2.3. Localidad/comuna

2.4. Barrio

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: 8567926.

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Javier		Anjea.	Noble.

3.4. Caracterización persona atendida

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

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

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

3.6. Fecha de nacimiento: 1980 / 21 / 11

3.6.1 Edad en años cumplidos: 45

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

3

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

360

Tipo de financiamiento ○ UPC ○ Fondo Mundial ✓ Recursos Locales PIC ○ Otros* — ○ Inval. de Estupefacientes ○ Recursos propios del usuario ○ Otro ¿Cuál?

SERVICIO

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

Número de formulario

Salud

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: Atlantico
1.2. Municipio: Soledad.
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: arboleda
1.5. Tipo de lugar de la actividad: E. C.
1.6. Lugar de la actividad: Plaza del sol.
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: H. M. I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlantico.
2.2. Municipio: Soledad.
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio:

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: 1045642342.

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Deivis	Estiveson	Figueroa.	

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: 1988 / 08 / 07
3.6.1 Edad en años cumplidos: 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: Mutual Ser.
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

3

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

361

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

Versión "01" 2021
FORM 2
SERVICIO

Versión_01_2021

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

Número de formulario

Salud

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: Atlantico
1.2. Municipio: Soledad.
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Arboleda.
1.5. Tipo de lugar de la actividad: e-c.
1.6. Lugar de la actividad: Plaza del sol.
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Hospital materno infantil de Soledad

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlantico
2.2. Municipio: Soledad.
2.3. Localidad/comuna
2.4. Barrio

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: 2553480

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Luis	Enrique.	Chavez.	Zapata

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: Venezuela.

3.5. Sexo asignado al nacer: ◉ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1997 07 06
3.6.1 Edad en años cumplidos: 28
3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ○ SI ◉ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO ○ NO SABE
3.8. Régimen ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: No tiene.
3.9. Presenta alguno de estos síntomas ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otras ITS ○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) ◉ No presenta síntomas

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

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

5. No. Condones

3

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

362

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

SERVICIO

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico

1.2. Municipio: Soledad

1.3. Localidad/comuna:

1.4. Barrio donde se realiza la actividad:

1.5. Tipo de lugar de la actividad:

1.6. Lugar de la actividad: las ferias

1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Hospital materno infantil.

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlantico

2.2. Municipio: Soledad

2.3. Localidad/comuna:

2.4. Barrio:

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: 33343 412.

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Jeimy.	Daniela.	contreras	cervera

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: venezuela.

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

3.6. Fecha de nacimiento: 2009 | 10 | 09

3.6.1 Edad en años cumplidos: 15.

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: Mutual ser.

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

3

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

363

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

Versión 01 2023

FORM 2.

SERVICIO

Versión 01 - 2021

FORM 2.

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

Número de formulario

Salud

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: Atlantico

1.2. Municipio: Soledad.

1.3. Localidad/comuna:

1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Arboleda

1.5. Tipo de lugar de la actividad: C.C.

1.6. Lugar de la actividad: C.C. Plaza del Sol

1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: Hosp. Maternoinfantil Soledad

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlantico

2.2. Municipio: Soledad.

2.3. Localidad/comuna

2.4. Barrio

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: 1007625036

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Rene.	Junior.	Solano.	Quiroz.

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: 1992 | 14 | 07

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: Caja cap.

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

3

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

364

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

SERVICIO

Versión 01 2021

FORM 2.

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

Número de formulario

Salud

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: Atlantico

1.2. Municipio: Soledad

1.3. Localidad/comuna:

1.4. Barrio donde se realiza la actividad:

1.5. Tipo de lugar de la actividad:

1.6. Lugar de la actividad: Plaza del Sol.

1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: Hospital materno infantil soledad

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlantico

2.2. Municipio: Soledad

2.3. Localidad/comuna:

2.4. Barrio:

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: 36177123

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Marion.		Arrieta	Sanchez.

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: Venezuela.

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

3.6. Fecha de nacimiento: 2005 | 12 | 13.

3.6.1 Edad en años cumplidos: 16.

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 ○ Lider/Lideresa sociedad civil

○ Motivación propia ○ Autotest Positivo ○ Autotest Negativo ○ Interés en PrEP ○ Redes Sociales/Casuales ○ www.tecuidamos.com.co

5. No. Condones

3.

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

365

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

Versión_01_2023

FORM 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico

1.2. Municipio: Soledad

1.3. Localidad/comuna:

1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Arboleda

1.5. Tipo de lugar de la actividad: E-C.

1.6. Lugar de la actividad: Playa del Sol

1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Hospital Materno Infantil de Soledad

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico

2.2. Municipio: Soledad.

2.3. Localidad/comuna

2.4. Barrio

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: 32779016

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Yanelh	Cecilia.	Romero	Montero.

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: 1975 | 04 | 08

3.6.1 Edad en años cumplidos: 50.

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

3

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

366

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

SERVICIO

Versión_01_2023

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

Número de formulario

Salud

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: Atlantico

1.2. Municipio: Soledad

1.3. Localidad/comuna:

1.4. Barrio donde se realiza la actividad:

1.5. Tipo de lugar de la actividad:

1.6. Lugar de la actividad: Plaza Del Sol.

1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Hosp. Del Materno Infantil Soledad

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlantico.

2.2. Municipio: Soledad.

2.3. Localidad/comuna:

2.4. Barrio:

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:

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Leidy	Elena	Eduard	Mendez

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: Venezuela.

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

3.6. Fecha de nacimiento: 1985 | 12 | 19.

3.6.1 Edad en años cumplidos: 40

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: Mutual Ser.

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

3.

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

367

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

SERVICIO

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA D[illegible]ESULTADOS

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: las Anas
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: cuidad mehen
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: H.M.I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna
2.4. Barrio

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: 1043114828

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Jesus	Antonio	Barrera	Villalba

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: 2003 | 12 | 20
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: cajacopi
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

3

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

368

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

Versión 01 2023

FORM 2

SERVICIO

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

Número de formulario

Salud

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: Atlantico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna: Urbano
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Arboleda
1.5. Tipo de lugar de la actividad: de plaza de sol
1.6. Lugar de la actividad: plaza de sol
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Hospital Metano Infantil

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlantico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna: urbano
2.4. Barrio: CosteHomosa

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: 22439630

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
luz	MARina	Hoofer	Martinez

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: colombiana

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1955 08 11
3.6.1 Edad en años cumplidos: 70
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: N.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

3

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

369

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

Versión 01, 2023

FORM 2.

SERVICIO

Versión 01. 2023

FORM 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico.

1.2. Municipio: Soledad.

1.3. Localidad/comuna:

1.4. Barrio donde se realiza la actividad: los fresnos

1.5. Tipo de lugar de la actividad:

1.6. Lugar de la actividad: Unidad intra

1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: Hospital Materno de Soledad

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlantico

2.2. Municipio: Soledad

2.3. Localidad/comuna

2.4. Barrio

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: 1042435783.

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Quine.	Jose.	Monte	Cardona.

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: 1990 | 11 | 22.

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: Coosalud.

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

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

○ 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

3.

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

370

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

SERVICIO

Versión 01_2023

FORM 2.

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad:
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: C.C Plaza del Sol
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: U. M. I.

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio:

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: 22 647 201

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Doris	Edilma	Carrillo	Serrano

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: 1968 | 09 | 01
3.6.1 Edad en años cumplidos: 57
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: Sanitas
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

3.

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

371

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

SERVICIO

Versión 01, 2023

FORM 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Las Ferias
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: unidad movil
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: H. M. I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna
2.4. Barrio

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: 1043166923

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Daliana	Andrea	Samudio	Barrios

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: 2011 / 20 / 08
3.6.1 Edad en años cumplidos: 14
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: NEPS
3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otras ITS
○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) ● No presenta síntomas

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

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

5. No. Condones

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ○ NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

372

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

Versión_01_2023

FORM 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico

1.2. Municipio: Soledad

1.3. Localidad/comuna:

1.4. Barrio donde se realiza la actividad:

1.5. Tipo de lugar de la actividad:

1.6. Lugar de la actividad: C.C. Plaza del Sol.

1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: H. M. I.

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico

2.2. Municipio: Soledad

2.3. Localidad/comuna:

2.4. Barrio:

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: 32876209.

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Desneidys.	Del Carmen.	Pahin.	Hernandez.

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	3.6. Fecha de nacimiento			3.6.1 Edad en años cumplidos
○ Hombre ✓ Mujer ○ Intersexual	1982	05	05	

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: M. S. P. S.

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

3.

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

373

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

SERVICIO

Versión_01_2023

FORM 2.

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico

1.2. Municipio: Soledad

1.3. Localidad/comuna:

1.4. Barrio donde se realiza la actividad:

1.5. Tipo de lugar de la actividad:

1.6. Lugar de la actividad: C.C. Plaza del Sol.

1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: H. M. I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico

2.2. Municipio: Soledad

2.3. Localidad/comuna:

2.4. Barrio:

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: 6816436

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Domingo	Antonio	Ramos	Ortiz

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	1952	09	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: 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

3.

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

374

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

SERVICIO

Versión 01, 2023

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Las Ferias
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: Unidad nocturna
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: H.M.I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna
2.4. Barrio

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: 1042441240

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Divina	Luz	Barrios	Bello

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: 1992 25 02
3.6.1 Edad en años cumplidos: 31

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: N.E.P.S

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

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

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

5. No. Condones

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ○ NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

375

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

SERVICIO

Versión 01 - 2021

FORM 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlantico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: las Ferias
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: Ciudad Uchum.
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: H.M.I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlantico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna
2.4. Barrio

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: 1042435239

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Darguiés		Villarreal	Zambrano

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: 1990 | 09 | 22
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: Cajacopi
3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otras ITS
○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) ● No presenta síntomas

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

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

5. No. Condones

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ○ NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

376

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

SERVICIO

Versión 01 2023

FORM 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico

1.2. Municipio: Soledad.

1.3. Localidad/comuna:

1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Arboleda

1.5. Tipo de lugar de la actividad:

1.6. Lugar de la actividad: Plaza del sol.

1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: H. M. D

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlantico.

2.2. Municipio: Soledad.

2.3. Localidad/comuna

2.4. Barrio

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

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Mayerlin	Yeimar	Usta	chirinos.

3.4. Caracterización persona atendida

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

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

3.5. Sexo asignado al nacer	3.6. Fecha de nacimiento	3.6.1 Edad en años cumplidos
○ Hombre ◉ Mujer ○ Intersexual	2005 | 12 | 2.	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: Mutualser

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

3.

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

377

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

SERVICIO

Versión_01_2023

FORM 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad:
1.5. Tipo de lugar de la actividad: las ferias.
1.6. Lugar de la actividad: Las ferias
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: H.M.I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio:

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: 1007892850

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
José	Benjamín	Cáliz	Bernal.

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: 2000 | 11 | 13
3.6.1 Edad en años cumplidos: 24
3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ○ SI ○ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO ○ NO SABE
3.8. Régimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: No tiene
3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otras ITS ○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) ○ No presenta síntomas

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

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

5. No. Condones

3

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

378

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

SERVICIO

Versión 01-2023

FORM 2

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

Número de formulario

Salud

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 Atlantico

1.2. Municipio Soledad.

1.3. Localidad/comuna: 1a

1.4. Barrio donde se realiza la actividad los fresnos

1.5. Tipo de lugar de la actividad:

1.6. Lugar de la actividad: Unidad de urgencias

1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio Hospital Materno infantil Soledad.

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento Atlantico.

2.2. Municipio Soledad

2.3. Localidad/comuna

2.4. Barrio

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 92 134 045

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Wilfrido	Antonio	Orellana.	Toro.

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 Venezuela

3.5. Sexo asignado al nacer	3.6. Fecha de nacimiento			3.6.1 Edad en años cumplidos
● Hombre ○ Mujer ○ Intersexual	1990	05	18	36.

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 Mutual Ser

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

3.

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

379

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

SERVICIO

Versión_01_2023

FORM 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlantico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna: Urbano
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Arboleda
1.5. Tipo de lugar de la actividad: C.C Plaza del Sol
1.6. Lugar de la actividad: C.C plaza del Sol
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Hospital Materno Infantil

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlantico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna: Urbano
2.4. Barrio: Oriente C

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: 1042422740

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Sandra	Milena	Acosta	De La Hoz

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 | M | 20 | ○ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ✓ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1987 | 07 | 05
3.6.1 Edad en años cumplidos: 37
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: Cajacop
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

3

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

380

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

SERVICIO

Versión_01_2023

FORM 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlantico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna: urbano
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Arboleda
1.5. Tipo de lugar de la actividad: cc plaza de sol
1.6. Lugar de la actividad: cc plaza de sol
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Hospital materno Infantil

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlantico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna: urbano
2.4. Barrio: Concor

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: 32775775

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Karol	Tatiana	peña	putiño

3.4. Caracterización persona atendida

○ HSH ○ TRANS ○ PID ○ TS ○ HIC ○ LESB ○ PPL ○ ITS ○ INMIGRANTE* ○ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
○ SPA ○ GESTANTE | Fecha de la última menstruación: 2025 | 10 | 2 | ○ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Colombiana

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ⊘ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1973 | 06 | 21
3.6.1 Edad en años cumplidos: 52

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

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

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

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

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

5. No. Condones

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ○ NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

38

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

SERVICIO

Versión 01_2023

Form 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico

1.2. Municipio: Soledad

1.3. Localidad/comuna:

1.4. Barrio donde se realiza la actividad:

1.5. Tipo de lugar de la actividad:

1.6. Lugar de la actividad: Las Ferias

1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: H.M.I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico

2.2. Municipio: Soledad

2.3. Localidad/comuna:

2.4. Barrio:

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: 1002493794

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Yeiner	De Jesús	Polanco	Portela

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: 1991 11 20

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: Cajacopi

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

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

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

5. No. Condones

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ○ NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

382

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

SERVICIO

Versión_01_2023

FORM 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: los fenicia
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: Ciudad de nuevo
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: H.M.I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna
2.4. Barrio

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: 72213416

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Bladimiro		Vargas	Schmalbach

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: 1975 | 05 | 20
3.6.1 Edad en años cumplidos: 50
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: Mutual Sol
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

3

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

383

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

SERVICIO

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad:
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: Las ferias
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: H.M.I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio:

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: 1042851202
3.3. Primer nombre: Ralph
3.3.1. Segundo nombre: Franciat
3.3.2. Primer apellido: Olivares
3.3.3. Segundo apellido: Castroblanco

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: 2005 03 02
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: Coosalud

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

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

○ 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

3

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

389

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

SERVICIO

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

Número de formulario

Salud

Versión 01, 2015

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: los Fenis
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: Ciudad de Dichos
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: H.M.I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna
2.4. Barrio

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: 1045689010

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
José	Fernando	Gonzalez	Quintero

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	3.6. Fecha de nacimiento	3.6.1 Edad en años cumplidos
◉ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual	2008 / 05 / 22	17

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: Mutual Ser

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

3

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

385

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

SERVICIO

Versión_01_2023

FORM 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad:
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: Las Ferias
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: H.M.I.

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio:

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: 1129490018

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Jhon	Esteban	Coronado	Varela

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: 2001 | 12 | 11
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: Cajacopi

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

3

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

386

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

SERVICIO

Version_01_2023

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: los Fuentes
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: unidad uchum
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: H.M.I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna
2.4. Barrio: Renacer

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: 1042417029

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Hemerson	Antonio	Rincón	Noriega

3.4. Caracterización persona atendida

○ HSH ○ TRANS ○ PID ○ TS ○ HIC ○ 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	3.6. Fecha de nacimiento	3.6.1 Edad en años cumplidos
◉ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual	1986 / 05 / 02	39

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: Coosalud

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

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

○ 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

3

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

387

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

SERVICIO

Versión_01_2023

FORM 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Plaza de la Sol.
1.5. Tipo de lugar de la actividad: C.C
1.6. Lugar de la actividad: Plaza de la
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Hospital Materno Infantil Soledad

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna
2.4. Barrio

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: 1042433511

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Mary	Carmen	Pardo	Herrera

3.4. Caracterización persona atendida

○ HSH ○ TRANS ○ PID ○ TS ○ HC ○ LESB ○ PPL ○ ITS ○ INMIGRANTE* ○ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
○ SPA ○ GESTANTE Fecha de la última menstruación: AAAA MM DD ○ POB. GENERAL ○ TB *País de procedencia:

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ◉ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1990 | 03 | 04
3.6.1 Edad en años cumplidos: 31

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

3

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

388

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

SERVICIO

Versión_01_2023

FORM 2.

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad:
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: Las Ferias
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: H. M. I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio:

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: 72255775

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Jair	Ramiro	Coronado	Rueda.

3.4. Caracterización persona atendida

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

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

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1980 - 12 - 15
3.6.1 Edad en años cumplidos: 44

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: Policía

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

3

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

389

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

SERVICIO

Versión_01_2023

FORM 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: los Feria
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: Unidad de victima
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: H.M.I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna
2.4. Barrio

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: 1001779260

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
María	De los Angeles	Gómez	Sepúlveda

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	3.6. Fecha de nacimiento	3.6.1 Edad en años cumplidos
○ Hombre ⊘ Mujer ○ Intersexual	2001 | 10 | 09	24

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

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

3.9. Presenta alguno de estos síntomas ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de
○ 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/Lider
○ Motivación propia ○ Autotest Positivo ○ Autotest Negativo ○ Interés en PrEP ○ Redes Sociales/Casuales ○ www.t

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

Tipo de financiamiento ○ UPC ○ Fondo Mundial ○ Recursos Locales PIC ○ Otros Cooperantes ○ Fondo Nacional de Estupefacientes ○ Recursos

8. Datos de
9. Se toman muestras p
10. Datos de quien realiza
Prueba ○ VIH

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad:
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: Las Palmas
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: H.M.I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio:

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: 1042434278

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Rafael	Segundo	Polo	Escorcia

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: 1990 | 05 | 21
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: Sisbén
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: 3

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: 3917

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

Versión 01_2023

FORM 2

SERVICIO

Versión 01, 2023

FORM 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: las Ferias
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: unidad de urgencias
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: H.M.I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna
2.4. Barrio

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: 1855737 9

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Aníbal	José	Pérez	Gómez

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: Venezolano

3.5. Sexo asignado al nacer: ● Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 2001 / 06 / 25
3.6.1 Edad en años cumplidos: 23

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

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

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: 3

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: 392

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

SERVICIO

Versión 01 2021

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad:
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: Plaza Del Sol
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio:

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio:

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: 1045673342

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Deivit	Estiven	Figueroa	Alvarado

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: 1988 08 07
3.6.1 Edad en años cumplidos: 37

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:

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

3

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

393

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

SERVICIO

Versión_01_2023

FORM 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico

1.2. Municipio: Soledad.

1.3. Localidad/comuna:

1.4. Barrio donde se realiza la actividad:

1.5. Tipo de lugar de la actividad:

1.6. Lugar de la actividad: Las ferias

1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Hospital materno infantil soledad

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlantico

2.2. Municipio: Soledad.

2.3. Localidad/comuna:

2.4. Barrio:

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: 22650947

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Jenny		Montero.	Gomez.

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 (X) Mujer ○ Intersexual

3.6. Fecha de nacimiento: 1981 | 5 | 17

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

3.8.1. Nombre de la aseguradora: Sanitas.

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 (X) 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

3

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

394

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

SERVICIO

Versión_01_2021

FORM 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico

1.2. Municipio: Soledad

1.3. Localidad/comuna:

1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Las Flores

1.5. Tipo de lugar de la actividad:

1.6. Lugar de la actividad: unidad de cachuna

1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Hospital Materno Infantil Soledad

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico

2.2. Municipio: Soledad

2.3. Localidad/comuna

2.4. Barrio

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: 22738445

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Lilibeth		Mejía	Pabon

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: 1981 | 08 | 18

3.6.1 Edad en años cumplidos: 43

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 ◉ Asistio 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

3

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

395

Tipo de financiamiento ○ UPC ○ Fondo Mundial ◉ Recursos Locales PIC ○ Otros Co... ○ Estupefacientes ○ ... ○ Otro ¿Cuál?

SERVICIO

Versión 01, 2023

FORM 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad.
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Arboleda
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Plaza Del Sol.
1.6. Lugar de la actividad: Plaza Del Sol.
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: H.M.I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio:

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: 1001889522
3.3. Primer nombre: Adolfo
3.3.1. Segundo nombre: Enrique
3.3.2. Primer apellido: Molinares
3.3.3. Segundo apellido: Rodriguez

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: 2001 09 05
3.6.1 Edad en años cumplidos: 24
3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ● SI ○ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO ○ NO SABE
3.8. Régimen: ● Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Sanitas
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

3

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

396

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

SERVICIO

Versión 01 - 2023

FORM 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad:
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: Las Ferias
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio:

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio:

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: 1082969093

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Juan	Carlos	Mejez	Garizabalo

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: 1991 07 06

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: No tiene

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

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

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

5. No. Condones

3

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

397

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

SERVICIO

Versión 01, 2023

Form 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico

1.2. Municipio: Soledad

1.3. Localidad/comuna:

1.4. Barrio donde se realiza la actividad:

1.5. Tipo de lugar de la actividad:

1.6. Lugar de la actividad: C.C Plaza del sol

1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Hosp. Materno infantil

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico

2.2. Municipio: Soledad

2.3. Localidad/comuna:

2.4. Barrio:

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: 1063760957

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Yeider	Yesid	Beltran	Zabala

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: 2006 / 27 / 10

3.6.1 Edad en años cumplidos: 18

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

1

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

398

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

SERVICIO

Versión_01_2021

Pagina 1

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Arboleda
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: C.C. Plaza del Sol
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: H. de I.

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio:

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: 72337460.

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Misael		Pabon	Alonso

3.4. Caracterización persona atendida

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

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

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

3.6. Fecha de nacimiento: 1980 / 06 / 24

3.6.1 Edad en años cumplidos: 45

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: Mutual Ser

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

3

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

395

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

SERVICIO

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

Número de formulario

Salud

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: Atlantico.

1.2. Municipio: Soledad

1.3. Localidad/comuna:

1.4. Barrio donde se realiza la actividad:

1.5. Tipo de lugar de la actividad:

1.6. Lugar de la actividad: Plaza de Sol.

1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio:

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlantico.

2.2. Municipio: Soledad.

2.3. Localidad/comuna:

2.4. Barrio:

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:

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Goanry.	Jiovana.	[illegible]	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: AAAA MM DD | ○ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Venezuela.

3.5. Sexo asignado al nacer	3.6. Fecha de nacimiento			3.6.1 Edad en años cumplidos
○ Hombre ◉ Mujer ○ Intersexual	1993	16	05	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: Mutual Ser.

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

3

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

400

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

SERVICIO

Versión_01_2023

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

Número de formulario

Salud

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: Atlantico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: las fer s
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: Unidad de victim
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: H.M.I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna
2.4. Barrio

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: 3109935S

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Ana	Luisa	Rodriguez	Morales

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: Venezuela

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ◉ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 2004 01 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: No reporta
3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otras ITS
○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) ◉ No presenta síntomas

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

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

5. No. Condones

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ○ NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

401

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

SERVICIO

Versión_01_2021

FORM 2.

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad:
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: Las Ferias
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: H.M.I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna
2.4. Barrio

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: 23514394

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Kevin	José	Hernandez	Castillo

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: Venezolano

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1991 | 10 | 25
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

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

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

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

5. No. Condones

-

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ○ NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

402

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

SERVICIO

Versión 01_2023

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

Número de formulario

Salud

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: Atlantico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Arboleda
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: C.C. Plaza del Sol.
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: U.A.M.I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlantico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna
2.4. Barrio

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

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Antony	De Jesus	Monsalvo	

3.4. Caracterización persona atendida

○ HSH ○ TRANS ○ PID ○ TS ○ HIC ○ 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	3.6. Fecha de nacimiento			3.6.1 Edad en años cumplidos
◉ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual	1996	09	20	24.

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

3.8. Régimen: ○ Contributivo ◉ Subsidiado ○ Especial ○ 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

3

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

403

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

SERVICIO

Versión 01, 2021

FORM 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad:
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: Plaza Del Sol
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: H.M.I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio:

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: 1042429904

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Ismael	Enrique	Cera	Hernandez

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: 1987 | 05 | 27
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: Mutual Ser
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

3

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

404

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

SERVICIO

Versión 04, 2023

FORM 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Arboleda.
1.5. Tipo de lugar de la actividad: C.E.
1.6. Lugar de la actividad: Plaza del sol
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: H.M.I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio:

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: 72258880

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Alexander	—	Ramos	Zarate

3.4. Caracterización persona atendida

○ HSH ○ TRANS ○ PID ○ TS ○ HC ○ LESB ○ PPL ○ ITS ○ INMIGRANTE* ○ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
○ SPA ○ GESTANTE | Fecha de la última menstruación: AAAA MM DD | ○ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ⊖ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1980 | 12 | 11
3.6.1 Edad en años cumplidos: 44
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: Sura
3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otras ITS ○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) ⊖ No presenta síntomas

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

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

5. No. Condones

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ○ NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

405

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

SERVICIO

Versión. 01_2023

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

Número de formulario

Salud

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: Atlantico

1.2. Municipio: Soledad.

1.3. Localidad/comuna:

1.4. Barrio donde se realiza la actividad:

1.5. Tipo de lugar de la actividad:

1.6. Lugar de la actividad: Plaza de sol.

1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: H.A.J Soledad

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlantico

2.2. Municipio: Soledad

2.3. Localidad/comuna:

2.4. Barrio:

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: 32866769

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Martha	Cecilia	Barcelo	Sierra

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: 1974 / 04 / 19

3.6.1 Edad en años cumplidos: 52

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: N.E.P.S.

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

3

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

406

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

SERVICIO

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad:
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: Las ferias
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: H.M.I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio:

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: 1043667522

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Juliana	Paola	Sandoval	Diaz

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: 1997 | 19 | 08

3.6.1 Edad en años cumplidos: 28

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

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

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

3.8.1. Nombre de la aseguradora: Sura

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

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

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

5. No. Condones

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ○ NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

407

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

Versión 01_2023

FORM 2

SERVICIO

Versión_01_2023

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: arboleda
1.5. Tipo de lugar de la actividad: C.C.
1.6. Lugar de la actividad: Plaza cra 15
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: H.M.I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna
2.4. Barrio

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: 1001865921

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Fernando	José	Saleedo	De la Rosa

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: 2000 01 17
3.6.1 Edad en años cumplidos: 25
3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ● SI ○ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ● SI ○ NO ○ NO SABE
3.8. Régimen: ● Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Sura
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

3

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

408

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

SERVICIO

Versión_01_2023

FORM 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico

1.2. Municipio: Soledad

1.3. Localidad/comuna:

1.4. Barrio donde se realiza la actividad:

1.5. Tipo de lugar de la actividad:

1.6. Lugar de la actividad: C.C. Plaza del Sol.

1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: H.M.I.

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico

2.2. Municipio: Soledad

2.3. Localidad/comuna:

2.4. Barrio:

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: 3750732

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Alfonso	Miguel	De la Hoz	Orozco

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	3.6. Fecha de nacimiento			3.6.1 Edad en años cumplidos
✓ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual	1963	08	02	62

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: S. to Tomás

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

3

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

409

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

SERVICIO

Versión 01 - 2023

FORM 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad:
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: Las Ferias
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: H.M.I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio:

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: 1043444444491

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Johnatan	Alejandro	Maitan	Salazar

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: 1993 02 21
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: Sura
3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otras ITS ○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) ○ No presenta síntomas

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

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

5. No. Condones

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ○ NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

410

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

SERVICIO

Version 10_2023

FORM 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico

1.2. Municipio: Soledad.

1.3. Localidad/comuna:

1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Arboleda

1.5. Tipo de lugar de la actividad:

1.6. Lugar de la actividad: Playa del Sol.

1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: I.H.M.I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico

2.2. Municipio: Soledad.

2.3. Localidad/comuna

2.4. Barrio

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: 1042439735

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Laura.	Mercedes.	Rodríguez.	Barcelo

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: 1991 09 17

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: 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 ● Asistio 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

3

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

412

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

SERVICIO

Versión_01_2023

FORM 2.

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico

1.2. Municipio: Soledad

1.3. Localidad/comuna:

1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Arbolocha

1.5. Tipo de lugar de la actividad:

1.6. Lugar de la actividad: a.c Plaza del sol.

1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: H.O.T

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico

2.2. Municipio: Soledad

2.3. Localidad/comuna

2.4. Barrio

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: 1043019850

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Aura.	Cristina.	Gomez.	Pineda

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: 1995 / 10 / 12

3.6.1 Edad en años cumplidos: 29

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

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

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

3.8.1. Nombre de la aseguradora: coosalud

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

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

○ 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

3

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

413

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

SERVICIO

Versión 01 2023

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

Número de formulario

Salud

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: Atlantico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad:
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: Plaza de Sol
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: Hosp. de Maternidad

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlantico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio:

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:

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Guillermo	Antonio	Esobar	Arnedo

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: 1987 / 01 / 18
3.6.1 Edad en años cumplidos: 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: Cajacopi
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

3

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

414

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

SERVICIO

Version_01_2023

FORM 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: la Feria
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: ciudad urbana
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: H. M. I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna
2.4. Barrio

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: 1043120258

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Angie	Marcela	Aragón	Pico

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 28
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: Mutual Ser.
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

3

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

415

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

SERVICIO

Versión 01, 2023

FORM 2

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: las Anitas
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: Unidad de víctima
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna
2.4. Barrio

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

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Jonaire	Del Carmen	Pinela	Sanchez

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: Venezuela

3.5. Sexo asignado al nacer	3.6. Fecha de nacimiento	3.6.1 Edad en años cumplidos
○ Hombre ● Mujer ○ Intersexual	1990 / 10 / 10	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: 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

3

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

416 -

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

SERVICIO

Versión_01_2021

FORM 2.

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

Número de formulario

Salud

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: Atlántico
1.2. Municipio: Soledad
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad:
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: Plaza Del Sol
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: H.M.I

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Atlántico
2.2. Municipio: Soledad
2.3. Localidad/comuna
2.4. Barrio

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: 1140908320

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Greily	—	Linares	Martínez

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: 1985 | 28 | 09
3.6.1 Edad en años cumplidos: 40

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: Mutual Ser

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

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

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

5. No. Condones

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ○ NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

417

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

FORM 2.

SERVICIO

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTION

CONTRATANTE:	ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD
NIT:	802.013.023-5
CONTRATISTA:	JOANA ESTEFANIA ESTRADA VILORIA
C.C:	1143148228
NO DE CONTRATO	PIC-2025-214
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO
VALOR:	TRES MILLONES PESOS($3000000) M/cte
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	7448 del 01 de Noviembre de 2025
PLAZO	30 de Noviembre de 2025

Entre los suscritos a saber: **NELSON ENRIQUE GARCIA PEREZ,** mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía número **72.310.382** expedida en el municipio de Barranquilla – Atlántico quien para los efectos del presente documento actúa en calidad de Gerente de la **ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD,** quienpara efectos contractuales se denominara el **CONTRATANTE,** por una parte y por la otra **JOANA ESTEFANIA ESTRADA VILORIA** mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número **1143148228** quien en adelante se denominara el **CONTRATISTA,** hemos convenido celebrar un contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión en salud, previa las siguientes consideraciones: 1. La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD, es una entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, e integrante del sistema de seguridad social en salud, creada por el Acuerdo 005 del 23 de Agosto del 2000, expedido porel Consejo del Municipio de Soledad, para prestar los servicios de primer nivel de atención en salud en el Municipio de Soledad. 2. Que para la prestación de los servicios de la ejecución de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas de Salud Pública (PIC) se hace necesario contratar el recurso humano para realizar estas actividades del Plan Operativo PAS 2025 contratadas a la ESE. 3. Según las motivaciones previas, la entidad ha preparado un Estudio previo el cual se ajusta a lo previsto en la normatividad vigente, ha obtenido previamente el respectivo certificado de disponibilidad presupuestal entregado por el encargado de la oficina de presupuesto con No **CDP 7448** donde se evidencia la capacidad para contratar. Que, de acuerdo a los estudios previos, en la actual planta de personal no existe personal para realizar las actividades para el eficaz cumplimiento del objeto social, por lo que se hace necesario contratar el recurso humano. 4. Por lo anterior se hace necesaria la suscripción de un contrato de prestación de servicios, con una persona idónea, previa acreditación de la experiencia correspondiente para el desempeño de estas actividades. Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, se procede a la suscripción del presente contrato con aplicabilidad de las siguientes **CLAUSULA PRIMERA. OBJETO DEL CONTRATO : PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO** a la **ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** en el servicio de salud del Programa Ampliado de Inmunización PAI, por el cual se deberá ajustar a las necesidades del servicio y de la dimensión del PAS (PIC), al manual técnico administrativo PAI vigente, manuales de procesos-procedimientos, normas técnicas y guías de atención adoptados por la ESE, estrategia AIEPI , demanda inducida para dar cumplimiento a la Resolución 0412 de 2.000, Resolución 3384 de 2.000, Decreto 3039 de 2.007, Decreto 3518 de 2.006 Acuerdo 117 de 1.998 y demás normas que reglamenten la promoción y prevención de enfermedades. **CLAUSULA SEGUNDA: ALCANCE DEL OBJETO:** El objeto del presente contrato incluye las actividades y especificaciones indicadas en los estudios previos elaborados por **LA E.S.E. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** y en la propuesta presentada por el contratista, los cuales forman parte integral del presente contrato. **CLAUSULA TERCERA: PLAZO DE EJECUCIÓN**: La duración del presente contrato es hasta el **30 de Noviembre de 2025** a partir de la firma de las partes CLAUSULA CUARTA: VALOR DEL CONTRATO: Para todos los efectos fiscales y legales el valor del presente contrato es por la suma de **TRES MILLONES PESOS ($3000000) M/cte** : CLAUSULA QUINTA: **FORMA DE PAGO** el pago se realizara de la siguiente manera Un unico pago a corte 30 de Noviembre de 2025 a razon de TRES MILLONES PESOS 3000000 **M/cte,** atendiendo al principio de anualidad presupuestal y por el periodo contratado. LA ESE cancelará al CONTRATISTA el valor antes señalado, previa presentación del acta de recibo a satisfacción por parte del supervisor y/o interventor que el Hospital asigne. Para efectos, de pago el contratista deberá presentar además de lo anterior, la constancia y/o

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTION

informes correspondientes a la realización de las actividades propias del objeto contractual, la acreditación del pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión y Riesgos Laborales (ARL) y la presentación de la factura y/o cuenta de cobro correspondiente según el régimen tributario al que pertenezca el Contratista. **CLAUSULA SEXTA: SUPERVISIÓN**: La supervisión o interventoría del presente contrato estará a cargo del **Sub Gerente cientifico de la E.S.E.** o quien haga sus veces. El supervisor o interventor del contrato tendrá las siguientes atribuciones: **a)** Colaborar y coordinar en la ejecución del contrato. **b)** Exigir el cumplimiento del contrato de los términos pactados. **c)** Certificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales a cargo del contratista. **d)** Dar aviso de cualquier inconsistencia e incumplimiento del Objeto del contrato y su ejecución. **e)** Informar las situaciones que requieran suspensión, prorroga o modificación, para someterlas a aprobación de **f)** Certificar por escrito el cumplimientoperiódico de la ejecución del contrato) Las demás necesarias para el fiel cumplimiento del objeto contratado. **Parágrafo 1:** El supervisor podrá solicitar acompañamiento del coordinador o jefe de área para velar el cumplimiento del contrato por parte del contratista. **Parágrafo 2:** El ordenador del gasto podrá en cualquier momento modificar el supervisor sin que para ello se requiera la supervisión de otros y para ello bastará la comunicación al nuevo supervisor y al contratista. **CLAUSULA SÉPTIMA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**.1) Cumplir el contrato con plena autonomía técnica y administrativa y bajo su propia responsabilidad, por lo tanto, no existe, ni existirá ningún tipo de subordinación, ni vinculo laboral alguno entre las partes. 2) Entregar al supervisor del contrato todos los informes que se soliciten sobre cualquier aspecto y/o resultados obtenidos cuando así se requieran. 3) Atender todos los requerimientos, instrucciones y/o recomendaciones que durante el desarrollo del contrato le imparta la Gerencia de la ESE a través del supervisor del mismo, para una correcta ejecución y cumplimiento de sus obligaciones. 4) Afiliarse al sistema de seguridad social en salud, pensiones, ARL y cumplir con las obligaciones contenidas en el Articulo 2.2.4.2.2.16., del decreto 1072 de mayo 26 de 2015. Y cumplir con las normas del Sistema General de Riesgos Laborales, en especial, las siguientes: 1. Procurar el cuidado integral de su salud .2 Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo. 3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales. 5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. 6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada del contrato a efectos de que los contratistas cumplan con el precitado decreto, realizar los pagos respectivos a las entidades que se encuentra afiliado; reportar ante estas los accidentes de trabajo o enfermedades profesionales que sobrevengan en la ejecución del objeto del contrato, en los términos y condiciones previstas en la Ley 100 de 1993 y decretos reglamentarios y presentar copia de los comprobantes de pago. 7) Avisar oportunamente a su supervisor inmediato sobre cualquier deficiencia que tengan los instrumentos, máquinas, equipos o implementos de labor con el fin de evitar accidentes, daños o costos adicionales. 8) Hacer el pago de las contribuciones establecidas en el Estatuto Tributario Departamental y Municipal vigentes, las cuales serán liquidadas en la Tesorería de la entidad territorial correspondiente, dentro de los cinco (5) días siguientes a la firma del contrato. 9) Aportar los documentos exigidos para la legalización del contrato. 10) Presentar la cuenta de cobro de conformidad con la Forma de pago estipulada en el contrato, junto con el informe de actividades realizadas para cada periodo de pago. **CLAUSULA OCTAVA: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE**. 1) Brindar la información y/o logística y demás elementos que el contratista requiera para el cumplimiento idóneo del objeto contractual. 2) Realizar el pago del valor del contrato, de conformidad con lo establecido en el mismo. 3) Vigilar la ejecución del contrato través de un supervisor designado para el efecto. 4) Todas las demás que se desprendan de la naturaleza del mismo. **CLAUSULA NOVENA** Con el fin de cubrir la responsabilidad civil frente a terceros derivada de la ejecución del contrato, el Contratista debe presentar POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL.Para garantizar los daños y perjuicios que se causen a la ESE o a terceros por circunstancias inherentes a la ejecución del contrato, por prestación de servicios en el área de la medicina.Por un valor de:.Por un valor de:($50000000) **CLAUSULA DECIMA**. NATURALEZA JURÍDICA: Este contrato se rige por los principios de transparencia, economía y responsabilidad establecidos en la Ley 80 de 1993 y en la Ley 1150 de 2007 y de conformidad con los postulados rigen la función administrativa. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** El presente contrato se entiende perfeccionado con la firma de las partes, para su ejecución se requiere del registro presupuestal **No. 8125** expedido por el funcionario encargado de la oficina de Presupuesto. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA: LEGALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN.** El contratista manifiesta bajo la gravedad de juramento que toda la documentación para la legalización y cobro del valor del contrato son legales, por lo que asume toda responsabilidad que de dichos documentos se generen. **CLAUSULA DECIMA TERCERA: TERMINACIÓN DEL CONTRATO:** El contrato se terminará por las siguientes causas: a) Por cumplimiento a satisfacción del objeto del contrato. b) Por

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTION

vencimiento del plazo sin que se hubiese prorrogado. c) Por mutuo acuerdo de las partes. **CLAUSULA DECIMA CUARTA: TERMINACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO:** la E.S.E. en uso de las facultades exorbitantes otorgadas por la ley podrá en cualquier momento dar por terminado de manera unilateral el presente contrato de prestación de servicios sin que se genere indemnización alguna a favor del contratista. **CLAUSULA DECIMA QUINTA: SUSPENSIÓN DEL CONTRATO.** Por razones de fuerza mayor o caso fortuito, se podrá de común acuerdo entre las partes suspender temporalmente la ejecución del contrato, mediante un acta en donde conste tal evento, sin que para que el efecto del plazo extintivo se compute el tiempo de suspensión. **CLAUSULA DECIMA SEXTA: CESIÓN DEL CONTRATO**, el CONTRATISTA no podrá ceder el presente contrato a persona natural o jurídica alguna, sin el consentimiento previo y escrito del contratante. **CLAUSULA DECIMA SÉPTIMA: –SUBCONTRATACIÓN:** Queda prohibida la subcontratación del presente contrato sin la previa autorización de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD. **CLAUSULA DECIMA OCTAVA: - MULTAS:** Si durante la ejecución del contrato EL CONTRATISTA incumple alguna o algunas de las obligaciones derivadas del presente contrato, la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD le impondrá multas diarias y sucesivas equivalentes al cero punto cinco por ciento (0.5%) del valor total del contrato, sin exceder el diez por ciento (10%) de ese mismo valor total. El pago o la deducción de las multas, no exonerará al CONTRATISTA de terminar la ejecución, ni demás obligaciones derivadas del presente contrato. **CLAUSULA DÉCIMA NOVENA: - CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA:** En caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento del contrato, El CONTRATISTA se hará acreedor a una sanción a título de cláusula penal pecuniaria, equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del presente contrato, suma que se hará efectiva directamente por la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTILCIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD, considerándose como pago parcial de los perjuicios que pudieran ocasionársele. El CONTRATISTA autoriza a LA E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD para descontar y tomar el valor de la cláusula penal y de las multas mencionadas en la citada cláusula, de cualquier suma que le adeude a E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD por ésteu otro contrato o concepto, sin perjuicio de efectuar el cobro conforme a la ley. El pago o la deducción de las multas, no exonerará al CONTRATISTA de terminar la ejecución, ni demás obligaciones nacidas del contrato. **CLAUSULA VIGÉSIMA: EXCLUSIÓN DE RELACIÓN LABORAL**: En razón a que el presente convenio de conformidad con lo establecido en el artículo 95 de la Ley 100 de 1.993, es de naturaleza privado y por su naturaleza no crea vínculo laboral entre las partes, el valor que se compromete a cancelar el HOSPITAL constituye la única obligación económica que adquiere con el contratista, en consecuencia, no tendrá derecho al pago de prestaciones sociales. **CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA. - SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS CONTRACTUALES**: **ETAPA DE ARREGLO DIRECTO.** Las controversias que surjan entre **EL CONTRATISTA y LA E.S.E. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD,** con ocasión a la celebración, ejecución, interpretación, ampliación, terminación o liquidación del contrato, incluyendo las consecuencias económicas de los actos administrativos expedidos en ejercicio de facultades excepcionales, serán resueltas por las partes mediante la figura del arreglo directo en un término máximo de cinco (5) días hábiles, contados a partir de la fecha en que cualquiera de las partes le comunique a la otra la existencia de una diferencia y manifieste la intención de iniciar la etapade arreglo directo. La JURISDICCIÓN COMPETENTE será la Contenciosa Administrativa. **CLAUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: DOCUMENTOS DEL CONTRATO**: Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: a) Estudios Previos; b) Certificado de Disponibilidad y Registro Presupuestal; c) La propuesta presentada por EL CONTRATISTA; d) Losinformes de supervisión suscritos por el supervisor; f) Reglamento de Contratación de la Empresa Social del Estado Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad; g) Todos los demás documentos que se produzcan durante el desarrollo del mismo. **CLAUSULA VIGÉSIMA TERCERA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA, declara bajo la gravedad de juramento no hallarse incurso en el régimen de inhabilidades e incompatibilidades previstos en los artículos 8 y 9 de la ley 80 de 1993 y demás normas concordantes al caso, así como también lo establecido en el Reglamento de Contratación de la E.S.E. **CLAUSULA VIGÉSIMA CUARTA: INDEMNIDAD:** El CONTRATISTA mantendrá indemne a la E.S.E. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD, de reclamos, demandas, acciones legales que generen daños, perjuicios o lesiones originados en reclamaciones de terceros y que se deriven de sus actuaciones y/u omisiones y asumirá directamente la responsabilidad de los mismos. **CLAUSULA VIGÉSIMA QUINTA: CONFIDENCIALIDAD: CLÁUSULA DE CONFIDENCIALIDAD.** El CONTRATISTA se compromete a mantener la reserva de la información, documentos y resultados que conozca y obtenga directa o indirectamente con ocasión del servicio desarrollado y abstenerse de divulgar en cualquier tiempo, por cualquier medio de comunicación, el contenido total o parcial de la información que le sea encomendada para el desarrollo de este contrato. **PARÁGRAFO.** EL CONTRATISTA se compromete para con el CONTRATANTE, a mantener absoluta confidencialidad de la información suministrada para el desarrollo de la labor contratada,

421

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTION

por lo tanto, EL CONTRATISTA, no deberá sacar información de LA E.S.E. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD ni usarla a su favor.

CLAUSULA VIGÉSIMA SEXTA: LIQUIDACIÓN: Para los contratos de prestación de servicio, no es obligatorio de conformidad con el articulo 217 del decreto 019 del 10 de enero de 2012.

CLAUSULA VIGÉSIMA SÉPTIMA: DOMICILIO: Para todos los efectos, las partes acuerdan como domicilio el municipio de Soledad (Atlántico).

Para constancia se firma por las partes, en el municipio de Soledad, el día 01 de Noviembre de 2025.

NELSON ENRIQUE GARCIA PEREZ
Gerente

JOANA ESTEFANIA ESTRADA VILORIA
Contratista

Elaboró: E.A-Profesional Contratación
Revisó: [illegible]