

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

Número ID formulario colectivo



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

1. Fecha (AAAA/MM/DD)

AAAA

MM

DD

1.1. Departamento / Municipio

1.2. Localidad:

1.3. Barrio

1.4. Tipo de lugar de la actividad:

1.5. Lugar de la actividad:

1.6. Nombre de la Institución que presta el servicio:

1.7. Entorno: 1.7.1. Estrategia:

Consecutivo	Nombres	Apellidos	Tipo de documento	Documento de identidad	Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD)	Sexo al nacer		Régimen	Nombre EPS	Grupo poblacional	Recibió paquetes		Recibió autotest		Cantidad de paquetes	Cantidad de condones	Aceptó información individual para pruebas de tamizaje		Canalizado a:						Firma de quién recibe	Observaciones
						Hombre	Mujer				SI	NO	SI	NO			SI	NO	Servicios de salud	Servicios sociales	Vacunación Hepatitis B	Programa PREP	Otro	Ninguno		
1																										
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										

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

Número ID formulario colectivo

Número de páginas FORM 1A.



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

1.1. Tipo de entidad que realiza la actividad

☐ Organización de Base Comunitaria

☐ Organización no Gubernamental

☐ Servicio de salud IPS/ ESE

☐ Secretaría de Salud

☐ Otra. ¿Cuál? _____

1.2. Tipo de actividad

☐ Encuentros de ciudadanía

☐ Talleres/ jornadas educativas

☐ Recorrido de calle

☐ Jornada de Salud

☐ Servicios de escucha

☐ Grupos de apoyo

☐ Asesoría Psicosocial

☐ Seguimiento de casos

☐ Actividad lúdico pedagógica

☐ Otro ¿Cuál? _____

1.3. Fecha de la actividad

AAAA

MM

DD

1.3.1. Duración promedio por participante

HH

MM

2. TEMAS Y DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Nombre de la actividad:

Temas abordados:

Cantidad de líderes que coordinaron el evento:

Hora de inicio y final de la actividad:

Se entregan condones individuales o por paquetes:

Qué incluye el paquete:

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

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

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

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:

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

TIPO DE FINANCIAMIENTO DE LA ACTIVIDAD

☐ Fondo Mundial

☐ Otros recursos de cooperación

☐ Fondo Nacional de Estupefacientes

☐ Recursos plan de intervenciones colectivas PIC

☐ Recursos propios de la Entidad territorial

☐ Otro ¿Cuál? _____

INSTRUCCIONES

Tipo de documento: RC: registro civil, TI: tarjeta de identidad, CC: cédula de ciudadanía, PA: pasaporte, CE: cédula de extranjería, DNI: Documento Nacional de Identificación, PEP: Permiso Especial de Permanencia, PPT: Permiso de Protección Temporal, SD: sin documento, utilice esta opción solo cuando la persona no cuente con documento de identidad o no desea suministrarlo. **Documento de identidad:** registre el número del documento de identidad de quien participa en la actividad, en caso de no contar con identificación ingrese la fecha de nacimiento para la construcción del código único. Para personas inmigrantes registre el número de documento antecedido del código del país (ejemplo: VEN, BRA, PER, MEX, ARG) definido en la circular 029 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social. **Régimen:** incluya en la casilla la letra del régimen al que se encuentra afiliado el participante, según corresponda C: Contributivo, S: Subsidiado, E: Especial, Excepción e INPEC, N: no asegurado. **Nombre EPS:** registre el nombre de la aseguradora en salud. **Población clave:** Incluya en la casilla la(s) letra(s) del grupo(s) con el que se identifica el participante y si adicionalmente pertenece a más de un grupo debe incluir las letras de cada grupo separadas por (,) comas: HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, TRANS: personas transgénero, TS: Trabajadores sexuales, HC: habitante de calle, PPL: población privada de la libertad, SPA: consumidores de sustancias Psicoactivas, D: desmovilizado certificado por el Comité Operativo para la Dejación de las Armas (CODA), TB: población con Tuberculosis, ITS: población con diagnóstico de infecciones de transmisión sexual, GE: gestantes, L: Lesbiana, B: bisexual, INM: Inmigrante, IN: indígena, VC: Víctima del conflicto armado, GR: Población General, utilice esta última opción para otros grupos poblacionales diferentes a los anteriores. **Cantidad de condones:** escriba el número de condones entregados al usuario. **Aceptó asesoría individual para prueba de tamizaje:** marque con una X la casilla “SI” en caso de estar interesado en realizarse la prueba de tamizaje para VIH, sífilis, hepatitis B o hepatitis C. **Canalizado:** marque con X la opción “ninguno” si el participante no requiere canalización, en caso contrario seleccione la opción del servicio al que debe direccionarse. Si selecciona otro, realice la aclaración del servicio en en la casilla "Observaciones".