Sogamoso, 05 de diciembre de 2024.

Doctora:
Luz Dary Calderon Olmos.
Secretaria de la Mujer e Inclusion Social.
Alcaldia de Sogamoso.
Ciudad.

Asunto: Presentacion y entrega del informe descriptivo No. 1.

Respetada Doctora Luz Dary, por medio de la presente actuando en calidad de gerente y representante legal de Psiqmed IPS, me permito realizar la entrega y presentacion del infome descrptivo No. 1 con todos los soportes anexos según requerimientos establecidos dentro del estudio previo del contrato No. 20240903 suscrito entre el municipio de Sogamoso y Psiqmed IPS.

Agradecemos la atención prestada.

Atentamente.



Javier Ricardo Márquez Orduz.
Representante Legal Psiqmed I.P.S.

SOGAMOSO, DICIEMBRE 05 DEL 2024
INFORME DESCRIPTIVO No. 1

CONTRATO No. 20240903.
FECHA: DICIEMBRE 2024.
PERIODO: 05 DE NOVIEMBRE DEL 2024 AL 04 DE DICIEMBRE DEL 2024.

1. Prestar los servicios objeto del contrato, de acuerdo con los términos y condiciones establecidos en el Anexo Técnico.

Se prestaron los servicios implementando nuestro modelo de atencion y conforme a las condiciones exijidas por el anexo tecnico del contrato cuyo objeto es: "**PRESTAR LOS SERVICIOS PARA FORTALECER ESTRATEGIAS DE ATENCION A POBLACION HABITANTE DE CALLE, INCLUYENDO PERSONAS EN CONDICION DE DISCAPACIDAD DEL MUNICIPIO DE SOGAMOSO Y LAS PERSONAS QUE TENGAN COMPORTAMIENTO EN CONTRA DE LA LEY 1801 DE 2016 ARTICULO 155".**

MODELO DE ATENCION PSIQMED IPS

Fases del tratamiento:

Desintoxicación: Esta es la primera fase del tratamiento, que consiste en retirar el consumo de la sustancia o sustancias para limpiar el organismo y mantenerlo estable. Apoyando cuerpo y mente con actividad física.

Deshabituación: En esta fase, el paciente experimenta un estado de bienestar e incluso euforia al sentir o pensar que sus problemas con la sustancia están prácticamente resueltos.

Rehabilitación: En esta etapa, se empieza con terapias individuales y grupales apoyadas por un equipo interdisciplinario especializado para contener el desequilibrio emocional que sufre la persona.

Reincorporación: Esta es la última fase del tratamiento, donde el paciente se prepara para reintegrarse a la sociedad con el conocimiento de herramientas estratégicas.

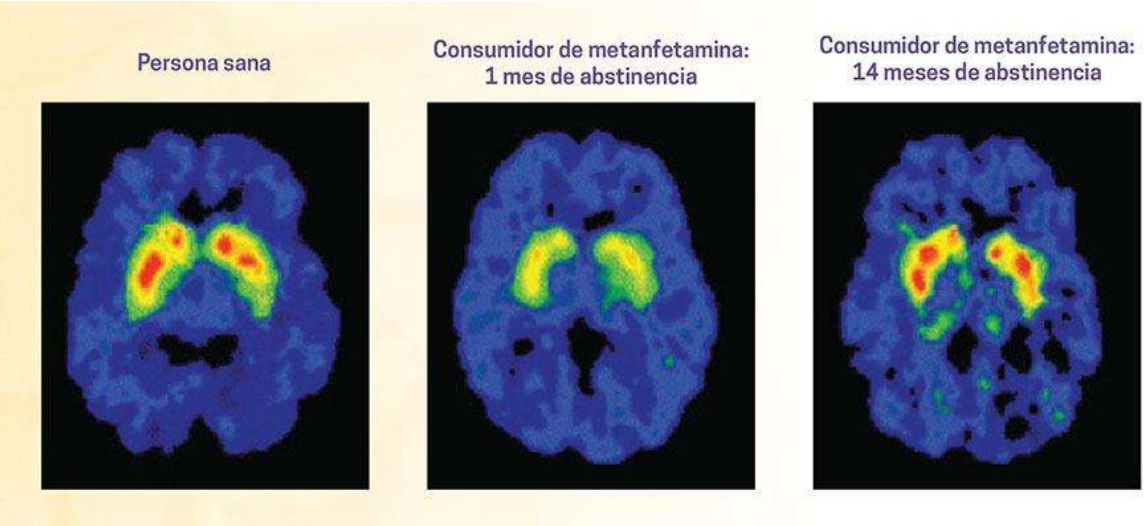
Mantenimiento: Esta etapa es posterior a la abstinencia, puesto que aquí el paciente es capaz de sostener un proyecto de vida en función de la satisfacción social e individual.

Lo que sabemos:

Desde Psiqmed IPS entendemos que el tratamiento para la adicción a las drogas no suele constituir una cura inmediata, pero si es posible manejar la adicción de manera satisfactoria; y el tratamiento permite que las personas contrarresten los efectos perjudiciales de las drogas en el cerebro y en el comportamiento, para que en el futuro puedan recuperar el control de su vida. (NIDA, s.f.).

Un ejemplo de ello es como la recuperación neurológica y física en una persona es pronta en tiempo.

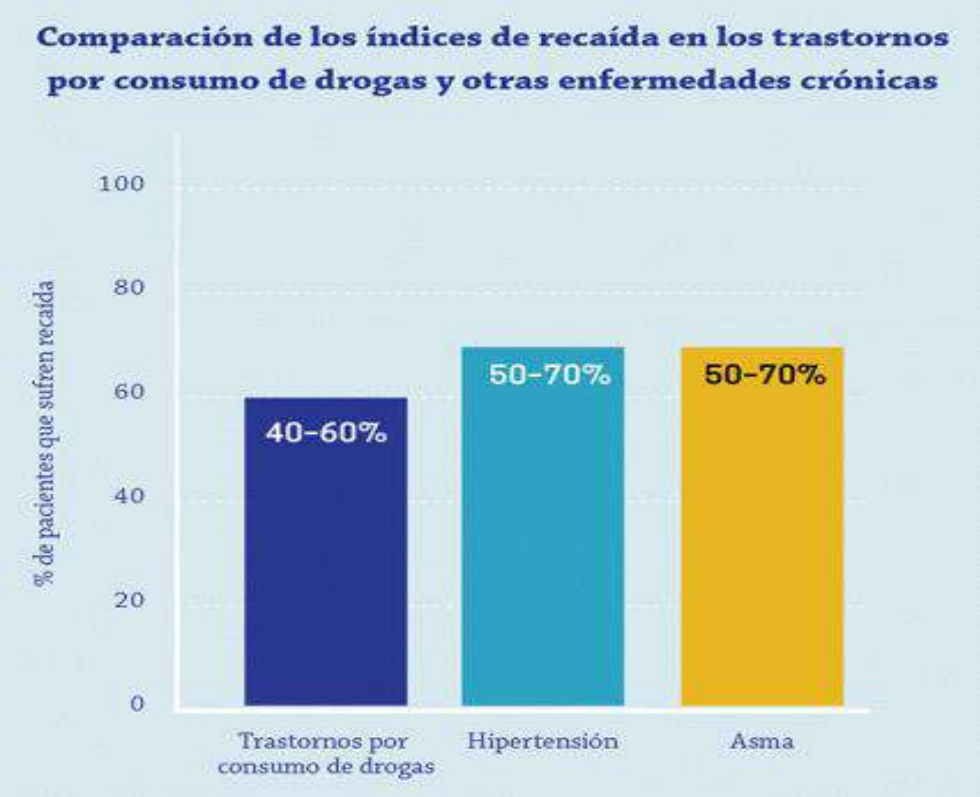
Ejemplo, imágenes de la actividad en el cerebro de:



The Journal of Neuroscience, 21(23):9414-9418. 2001.

Estas imágenes en las que se observa la densidad de los transportadores de dopamina en el cerebro ilustran la sorprendente capacidad que tiene el cerebro para recuperarse, al menos parcialmente, después de una larga abstinencia de las drogas; en este caso, metanfetamina.

Es importante mencionar que la recaída en el consumo de drogas puede ser parte del proceso de recuperación, similar a lo que ocurre con otras enfermedades crónicas. Sin embargo, en Psiqmed IPS nos encargamos de diseñar tratamientos novedosos, innovadores y personalizados para ayudar a evitar la recaída.



Los índices de recaída de las personas tratadas por un trastorno de consumo de drogas se comparan con los de los pacientes tratados por presión arterial elevada y asma. La recaída es común y similar para todas estas enfermedades; por lo tanto, los trastornos por consumo de drogas se deben tratar como cualquier otra enfermedad crónica. La recaída sirve como señal de que es necesario retomar, modificar o cambiar el tratamiento.

Apoyos terapéuticos:

En Psiqmed IPS propusimos el siguiente protocolo de actividades y tiempos en proyectos productivos agropecuarios y bricolage, con el objetivo de fortalecer el desarrollo de habilidades, la autoestima y la integración social de los pacientes. Los proyectos productivos agrarios consisten en la siembra, cuidado y cosecha de diferentes cultivos orgánicos, tales como hortalizas, frutas, hierbas medicinales y aromáticas. Los pacientes participan en todas las etapas del proceso, desde la preparación del terreno hasta el aprendizaje de comercialización de los productos. Los beneficios obtenidos se destinan al consumo interno de nuestros usuarios, sus familias y nuestro equipo de colaboradores.

Los proyectos de bricolage consisten en la elaboración de objetos artesanales, decorativos y funcionales, utilizando materiales reciclados o de bajo costo. Los pacientes aprenden técnicas de pintura, tejido, origami y otras, y pueden expresar su creatividad y personalidad a través de sus creaciones.

Los proyectos productivos agrarios y los proyectos de bricolage son dos tipos de actividades que se ofrecemos a nuestros pacientes, pero no son las únicas. También se pueden realizar otros proyectos, como por ejemplo:

- Proyectos artísticos: Los pacientes pueden explorar diferentes formas de expresión artística, como el dibujo, la pintura, la música, el teatro o la danza. Estas actividades estimulan la imaginación, la sensibilidad y la comunicación, y pueden ayudar a liberar emociones y tensiones.

- Proyectos deportivos: Los pacientes tienen acceso a actividades fisicas, como también pueden practicar diferentes deportes, como el fútbol, baloncesto, voleibol, ciclismo entre otros. Estas actividades fomentan la salud física, la coordinación, el trabajo en equipo y la competencia sana.

Cronograma:

El protocolo establece que cada paciente debe participar en al menos un proyecto productivo agropecuario y uno de bricolage por semana, según sus preferencias

e intereses. Además, puede elegir libremente otros proyectos que le resulten más atractivos o beneficiosos. Cada proyecto tiene una duración de dos horas, y se realiza en grupos reducidos y supervisados por profesionales de salud y del área a desarrollar. El horario de las actividades se respeta escrupulosamente para generar hábitos y rutinas saludables. Al finalizar cada sesión, se realiza una evaluación conjunta del trabajo realizado y se plantean los objetivos para la siguiente.

El día a día en PSIQMED IPS:

Un cronograma de actividades diario de autocuidado en un entorno sereno y seguro es una herramienta que puede ayudar a mejorar la salud mental y física de las personas que sufren algún trastorno. El objetivo es fomentar hábitos saludables que contribuyan al bienestar y la recuperación, así como prevenir recaídas o complicaciones.

Un ejemplo diario de nuestro cronograma es el siguiente:

- 7:00 a.m. Despertar y realizar una rutina de higiene personal (ducharse, cepillarse los dientes, vestirse, etc.).

- 7:30 a.m. Desayunar de forma equilibrada y nutritiva, evitando el consumo de alcohol, tabaco o drogas.

- 8:15 a.m. Realizar alguna actividad física moderada, como caminar, nadar o bailar según las preferencias y capacidades de cada uno.

- 9:30 a.m. Dedicar un tiempo a la relajación o la meditación, utilizando técnicas como la respiración profunda, yoga, el mindfulness o la visualización positiva.

- 10:00 a.m. Merendar algo ligero y saludable, como una fruta, un yogur o un puñado de frutos secos.

- 10:15 a.m. Participar en alguna actividad grupal, como asistir a una terapia, un taller, un curso o un voluntariado, donde se pueda interactuar con otras personas

y compartir experiencias.

- 12:30 p.m. Almorzar de forma saludable y variada, incluyendo frutas, verduras, cereales integrales, proteínas y grasas saludables, incluye platos a la carta que incorporan la mejor gastronomía de nuestra región ceñida por una minuta diseñada específicamente.

- 1:30 p.m. Descansar o tomar una siesta breve, no superior a 30 minutos.

- 2:00 p.m. Terapia grupal; actividad creativa o lúdica, como pintar, escribir, leer, tocar un instrumento o jugar a algún juego que estimule la imaginación y la expresión emocional o participar en una terapia turística que contempla un recorrido por alguna de las maravillas más emblemáticas aledañas de nuestro Departamento.

- 4:00 p.m. Realizar alguna actividad cognitiva o intelectual, como resolver crucigramas, sudokus, puzzles o acertijos, actividades que ejercite la memoria, la atención y el razonamiento.

- 5:30 p.m. Merendar algo saludable de nuestra gastronomía.

- 6:00 p.m. Dedicar un tiempo a la autoestima o a la autoafirmación, utilizando afirmaciones positivas, escribiendo un diario de gratitud o reconociendo los logros y fortalezas personales.

- 6:30 p.m. Valoración individual o grupal familiar, presencial o virtual según cronograma proyectado por nuestro equipo interdisciplinario.

- 8:00 p.m. Cenar de forma ligera y sana, evitando comer en exceso o muy tarde.

- 9:00 p.m. Realizar alguna actividad placentera o gratificante, como ver una película o video productivo, escuchar música, leer, hacer manualidades o mimarse con algún capricho.

- 10:15 p.m. Merendar algo ligero y saludable antes de dormir.

- 10:30 p.m. Prepararse para ir a dormir, creando un ambiente relajado y cómodo en el dormitorio (temperatura adecuada, luz tenue, ruido mínimo), evitando el uso de pantallas o dispositivos electrónicos y realizando alguna técnica de relajación o lectura tranquila.

- 10:45 p.m. Dormir al menos 8 horas seguidas, respetando los horarios y las rutinas de sueño.

Intervención psicoterapéutica permanente.

Un equipo terapéutico interdisciplinar especializado es un grupo de profesionales de la salud que trabajan de manera coordinada y colaborativa para brindar una atención integral y personalizada a las personas que presentan algún problema de salud mental y/o física. Cada miembro del equipo aporta sus conocimientos, habilidades y experiencias desde su disciplina, y se complementa con los demás para ofrecer una intervención holística, eficaz y eficiente.

Como lo hacemos.

El modelo de las etapas del cambio de Prochaska y DiClemente es una herramienta útil para comprender y facilitar el proceso de cambio en las personas que presentan un consumo problemático de sustancias psicoactivas. Este modelo propone que el cambio no es lineal ni uniforme, sino que se produce a través de una serie de etapas que pueden variar en duración y orden, y que implican diferentes tareas y estrategias para cada una de ellas. Las etapas son las siguientes:

- Precontemplación: la persona no reconoce que tiene un problema con el consumo de sustancias, ni tiene intención de cambiar su comportamiento. Puede presentar resistencia, negación, racionalización o minimización del problema.

- Contemplación: la persona empieza a tomar conciencia de que tiene un problema con el consumo de sustancias, y a valorar los pros y los contras de cambiar su comportamiento. Aunque tiene intención de cambiar, todavía no se compromete con la acción.

- Preparación: la persona decide cambiar su comportamiento y se prepara para ello. Busca información, ayuda o recursos, establece metas y planes concretos, y anticipa posibles dificultades o recaídas.
- Acción: la persona pone en marcha las estrategias y los planes que ha diseñado para cambiar su comportamiento. Realiza cambios efectivos en su consumo de sustancias, y busca apoyo social o profesional para mantenerlos.

- Mantenimiento: la persona consolida los cambios logrados en su comportamiento, y sigue aplicando las estrategias y los recursos que le han ayudado a cambiar. Se enfrenta a posibles situaciones de riesgo o recaída, y refuerza su autoeficacia y motivación.

- Terminación: la persona ha superado el problema del consumo de sustancias, y ya no siente tentación ni riesgo de recaer. Ha adquirido nuevas habilidades y hábitos saludables, y se siente satisfecha con los resultados obtenidos.

Modelo de las etapas de cambio.

El modelo de las etapas del cambio es una guía orientativa que puede adaptarse a las características y necesidades de cada persona. No todas las personas pasan por todas las etapas, ni lo hacen en el mismo orden o tiempo. Además, es posible que se produzcan retrocesos o recaídas entre una etapa y otra, lo que no implica un fracaso sino una oportunidad de aprendizaje y mejora. Lo importante es reconocer en qué etapa se encuentra cada persona, y ofrecerle la intervención más adecuada para facilitar su avance hacia el cambio deseado.

Base científica:

Las terapias de tercera generación son un conjunto de intervenciones psicológicas que se basan en el análisis funcional del comportamiento humano y que incorporan elementos de la filosofía oriental, como la atención plena, la aceptación y la compasión. Estas terapias tienen como objetivo promover el bienestar psicológico y la calidad de vida de las personas, más allá de la reducción de los síntomas. Aquellas que son aplicables en Psiqmed IPS son la terapia de

aceptación y compromiso (ACT), la terapia dialéctica conductual (DBT), la terapia cognitiva basada en el mindfulness (MBCT) y la terapia de compasión (CFT).

Estas terapias se han aplicado con éxito al tratamiento de diversas adicciones y otros trastornos psicológicos, como la depresión, la ansiedad, el estrés postraumático, los trastornos alimentarios y los trastornos de personalidad en el contexto nacional.

Principios del modelo de atención:

- La adicción y otros trastornos psicológicos se entienden como formas de evitación experiencial, es decir, como estrategias para escapar o controlar los pensamientos, emociones y sensaciones desagradables que surgen en la vida cotidiana.
- La evitación experiencial genera un mayor sufrimiento a largo plazo, ya que impide el contacto con los valores personales y las acciones congruentes con ellos.
- La intervención se centra en aumentar la flexibilidad psicológica, que es la capacidad de adaptarse a las situaciones cambiantes con apertura, curiosidad y aceptación, sin dejarse atrapar por los contenidos mentales.
- La flexibilidad psicológica se desarrolla mediante el entrenamiento en las siguientes habilidades: atención plena, desapego cognitivo, aceptación, clarificación de valores, compromiso con la acción y compasión.
- La intervención se realiza de forma individualizada, teniendo en cuenta las características y necesidades de cada persona, así como el contexto en el que se encuentra.
- La intervención se basa en la relación terapéutica como un factor facilitador del cambio, fomentando la alianza, la empatía, el respeto y la colaboración entre el terapeuta y el paciente.

REGISTRO FOTOGRAFICO DE LA IMPLEMENTACION DE NUESTRO MODELO DE ATENCION

Desayunos:





Actividades físicas:









Onces:






Tiempos de relajación y meditación:






Actividades grupales:









Almuerzos:









Terapias lúdico recreativas.














Terapias familiares y multifamiliares.














Terapias individuales:















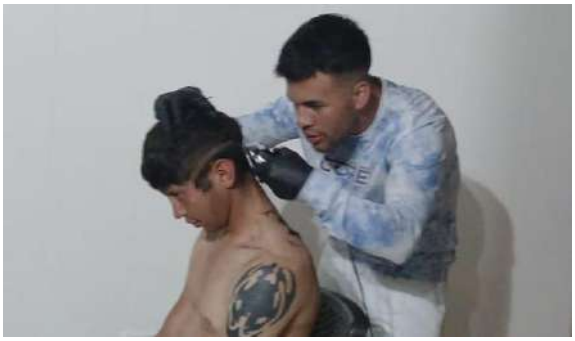








Actividades de presentacion personal:






2. Informar al supervisor por escrito de las novedades de ingreso o retiro que se presenten con los beneficiarios del contrato, con el fin de hacer el debido reporte en la base de datos, estos informes deben incluir la modalidad en la que ingresan y el tiempo durante el cual se presta el servicio.

Se presenta informe de novedades de ingreso y retiro de los usuarios atendidos durante el periodo comprendido entre el 05 de noviembre del 2024 al 04 de diciembre del 2024.

El valor inicial del contrato es de cincuenta y ocho millones quinientos mil pesos **($58.500.000.oo MTC)** de los cuales durante el periodo comprendido entre el 05 de noviembre del 2024 al 04 de diciembre del 2024 se han ejecutado cuarenta y siete millones cuatrocientos setenta y dos mil pesos **($47.472.000.oo MTC)** equivalente a el **81,17%** de ejecucion del recurso asignado.

Durante el desarrollo contractual hemos atendido a 19 usuarios de nacionalidad Colombiana y Venezolana los cuales bajo la modalidad de notificacion de autorizacion de ingreso se les garantizo el traslado y comienzo de proceso de rehabilitacion en Psiqmed IPS, proceso en el cual se alcanzando un total doscientos setenta y seis (276) dias de atencion brindados entre el 05 de noviembre del 2024 al 04 de diciembre del 2024.

Durante el periodo de ejecucion del contrato Psiqmed IPS realizo el traslado de los usuarion descritos a continuacion en las fechas indicadas, poblacion que hace de habitantes de calle y personal en especial condicion de discapacidad y/o vulnerabilidad del municipio de Sogamoso.

CUADRO DE INGRESOS Y EGRESOS

	NOMBRE	NO. DE CEDULA	NACIONALIDAD	INGRESO	EGRESO	ESTANCIA Al 04 de dic-24	ESTADO
1	Juan Carlos Aguirre Gutierrez	74.184.574	Colombiano	8/11/24	-	27 días	Activo
2	Marisol Peña Navarro	46.384.344	Colombiana	8/11/24	-	27 días	Activo
3	Jhon Edwin Olarte Silva	74.081.308	Colombiano	13/11/24	-	22 días	Activo
4	Nelson Fary Ordoñez	1.082.215.498	Colombiano	14/11/24	28/11/24	15 días	Inactivo
5	Jorge Luis Becerra	1.052.410.161	Colombiano	14/11/24	28/11/24	15 días	Inactivo
6	Dulis Patricia Fonseca	1.057.594.161	Colombiana	14/11/24	28/11/24	15 días	Inactivo
7	Luis Eduardo Espinosa	25.203.681	Venezolano	14/11/24	27/11/24	14 días	Inactivo
8	Nelson Alexander Solano	26.284.429	Venezolano	14/11/24	27/11/24	14 días	Inactivo
9	Freiker Namor Diaz	29.803.505	Venezolano	14/11/24	26/11/24	13 días	Inactivo
10	Luis Alfredo Estrada	25.122.335	Venezolano	14/11/24	26/11/24	13 días	Inactivo
11	Luisana Estefania Vargas	28.425.251	Venezolana	14/11/24	28/11/24	15 días	Inactivo
12	Luisana Andreina Mora	23.674.079	Venezolana	14/11/24	28/11/24	15 días	Inactivo
13	Ruth Yoxeinny Ramirez	26.192.426	Venezolana	14/11/24	28/11/24	15 días	Inactivo
14	Jeison Ricardo Sierra	1.052.402.130	Colombiano	16/11/24	27/11/24	12 días	Inactivo
15	Alexander Delgado Gonzalez	74.183.723	Colombiano	16/11/24	27/11/24	12 días	Inactivo
16	Diego Andres Gomez Ramos	1.057.601.244	Colombiano	18/11/24	02/12/24	15 días	Inactivo
17	Jenny Viviana Mora Orduz	1.057.578.991	Colombiana	28/11/24	-	7 días	Activo
18	Ronald Edgardo Silva Montaña	1.057.584.753	Colombiano	28/11/24	06/12/24	7 días	Inactivo
19	Juan Sebastian Olarte	1.007.382.679	Colombiano	2/12/24	-	3 días	Activo
	TOTAL DIAS FACURADOS A 04 DE DICIEMBRE DE 2024					276 Días	

Al contestar cite 20242600000346
Fecha Radicación: 07-11-2024

Señor,
JAVIER RICARDO MARQUEZ ORDUZ
GERENTE IPS PSIQMED

REF: **AUTORIZACION DE INGRESO**

Cordial saludo de acuerdo a la referencia y para los fines pertinentes, en mi calidad de Supervisora del contrato No 20240903 Suscrito entre La Alcaldía de Sogamoso y la IPS PSIQMED, me permito informar que se **AUTORIZA EL INGRESO** del Señor JUAN CARLOS AGUIRRE GUTIÉRREZ, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 74.184.574.

- Edad: 46 años
- EPS: SANITAS EPS
- Fecha de naciemiento:20 de junio del año 1978
- Ciudad de residencia: Sogamoso
- Lugar donde se debe recoger: Hospital Regional de Sogamoso
- Fecha y hora de recogida:
- Otras notas: ingresa voluntariamente al servicio de urgencias por condición clínica relacionada a problemas de salud en general, presenta posible limitación física y situación de vulnerabilidad, no cuenta con red de apoyo ni tejido familiar.

Sin otro particular,

LUZ DARY CALDERÓN OLMOS
Secretaria de la Mujer e Inclusión Social (E)

Proyectó: Diana S.
Reviso: Johnnatan
Aprobó:: Luz Dary C.

Scanned with CamScanner

Al contestar cite 20242600000376
Fecha Radicación: 08-11-2024

Señor,
JAVIER RICARDO MARQUEZ ORDUZ
GERENTE IPS PSIQMED

REF: **AUTORIZACION DE INGRESO**

Cordial saludo de acuerdo a la referencia y para los fines pertinentes, en mi calidad de Supervisora del contrato No 20240903 Suscrito entre La Alcaldía de Sogamoso y la IPS PSIQMED, me permito informar que se **AUTORIZA EL INGRESO** de la Señora MARISOL PEÑA NAVARRO, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 46.384.344

- Edad: 42 años
- EPS: NUEVA EPS
- Fecha de Nacimiento:
- Ciudad de residencia: Sogamoso
- Lugar donde se debe recoger: Secretaria de la Mujer e Inclusión Social
- Fecha y hora de recogida:8 de noviembre de 2024 2:00 p.m.
- Otras notas: se realiza traslado del CRIB Para internación a la IPS PSIQMED, por treinta (30) a partir de la fecha de ingreso mientras se define centro de rehabilitación de larga Instancia,

Sin otro particular,

LUZ DARY CALDERÓN OLMOS
Secretaria de la Mujer e Inclusión Social (E)

Proyecto: Diana S.
Reviso: Johnnatan B
Aprobó: Luz Dary C

Scanned with CamScanner

Al contestar cite 20242600000396
Fecha Radicación: 13-11-2024

Sogamoso,

Señor,
JAVIER RICARDO MARQUEZ ORDUZ
GERENTE IPS PSIQMED

REF: **AUTORIZACION DE INGRESO**

Cordial saludo de acuerdo a la referencia y para los fines pertinentes, en mi calidad de Supervisora del contrato No 20240903 Suscrito entre La Alcaldía de Sogamoso y la IPS PSIQMED, me permito Solicitar se **AUTORIZA EL INGRESO**, del señor JHON EDWIN OLARTE SILVA, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 74.081.308 de 40 años de edad, persona en condición de habitante de calle.

- EPS: Nueva EPS subsidiado
- Fecha de Nacimiento:24/03/1983
- Ciudad de residencia: Sogamoso
- Lugar donde se debe recoger: Secretaria de la Mujer e Inclusión Social
- Fecha y hora de recogida:13 de noviembre de 2024 3:30 p.m.

Otras notas: se realiza traslado desde la Secretaria de la Mujer e Inclusión Social para internación a la IPS PSIQMED, por treinta (30) a partir de la fecha de ingreso.

Sin otro particular,

LUZ DARY CALDERÓN OLMOS
Secretaria de la Mujer e Inclusión Social (E)

Proyecto: Alejandra G.
Reviso: Johnnatan B.
Aprobó: Luz Dary C.

Scanned with CamScanner

Al contestar cite 20242600000526
Fecha Radicación: 21-11-2024

Sogamoso

Señor,
JAVIER RICARDO MARQUEZ ORDUZ
GERENTE IPS PSIQMED

REF: **AUTORIZACION DE INGRESO**

Cordial saludo de acuerdo a la referencia y para los fines pertinentes, en mi calidad de Supervisora del contrato No 20240903 Suscrito entre La Alcaldía de Sogamoso y la IPS PSIQMED, me permito **AUTORIZAR EL INGRESO** a la IPS PSIQMED, de las siguientes personas en condición de habitante de calle:

No.	NOMBRE Y APELLIDO	No. DOCUMENTO	EDAD	EPS	NACIONALIDAD
1	Nelson Fary Ordoñez Valencia	1.082.215.498	31		Colombiano
2	Jorge Luis Becerra Rojas	1.052.410.161	27		Colombiano
3	Dulis Patricia Fonseca Palechor	1.057.594.161	35		Colombiano
4	Luis Eduardo Espinosa Diaz	25.203.681	28		Venezolano
5	Nelson Alexander Solano Echezuria	26.284.429	20		Venezolano
6	Freiker Namor Diaz Pereira	29.803.505	22		Venezolano
7	Luis Alfredo Estrada Palencia Estrada	25.122.335	31		Venezolano
8	Luisana Estefania Vargas Lopez	28.425.251	28		Venezolano
9	Luisana Andreina Mora Gomez	23.674.079	33		Venezolano
10	Ruth Yoxeinny Ramirez Hernandez	26.192.426	29		Venezolano
11	Jeison Ricardo Sierra Lagos	1.052.402.130	30		Colombiano
12	Alexander Delgado Gonzalez	74.183.723	47		Colombiano

Otras notas: Se adjunta nombres, número de documentos de identidad, edad y nacionalidad de doce (12) pacientes remitidos posterior a operativo realizado en conjunto con Secretaria de Gobierno, IPS PSIQMED, Policía Nacional y Personería Municipal, el dia catorce (14) de noviembre del año en curso, quienes estarán por un periodo de quince (15) días a partir de la fecha de ingreso

Sin otro particular,

LUZ DARY CALDERON OLMOS
Secretaria de la Mujer e Inclusión Social (E)

Proyectó: Diana S
Revisó: Jeimmy
Aprobó: Luz Dary C

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

Sogamoso,

Señor,
JAVIER RICARDO MARQUEZ ORDUZ
GERENTE IPS PSIQMED

REF: **AUTORIZACION DE INGRESO**

Cordial saludo de acuerdo a la referencia y para los fines pertinentes, en mi calidad de Supervisora del contrato No 20240903 Suscrito entre La Alcaldía de Sogamoso y la IPS PSIQMED, me permito informar que se **AUTORIZA EL INGRESO** del Señor DIEGO ANDRES GOMEZ RAMOS, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.057.601.244

- Edad: 28 años
- EPS: NUEVA EPS
- Fecha de naciemiento:17 de marzo del año 1996
- Ciudad de residencia: Sogamoso
- Lugar donde se debe recoger: Secretaria de la Mujer e Inclusión Social
- Fecha y hora de recogida: 18 de noviembre de 2024, 4:00 p.m.
- Otras notas: se realiza traslado del Señor DIEGO ANDRES GOMEZ RAMOS, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.057.601.244, de la Secretaria de la Mujer e Inclusión Social a la IPS *PSIQMED* por un periodo de quince (15) días a partir de la fecha

Sin otro particular,

LUZ DARY CALDERÓN OLMOS
Secretaria de la Mujer e Inclusión Social (E)

Proyectó: Diana S.
Revisó: Johnnatan
Aprobó:: Luz Dary C.

Scanned with CamScanner

Al contestar cite 20242600000636
Fecha Radicación: 28-11-2024

Sogamoso,

Señor,
JAVIER RICARDO MARQUEZ ORDUZ
GERENTE IPS PSIQMED

REF: **AUTORIZACION DE INGRESO**

Cordial saludo de acuerdo a la referencia y para los fines pertinentes, en mi calidad de Supervisora del contrato No 20240903 Suscrito entre La Alcaldía de Sogamoso y la IPS PSIQMED, me permito informar que se **AUTORIZA EL INGRESO** de la Señora JENNY VIVIANA MORA ORDUZ, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.057.578.991

- Edad: 36 años
- EPS: SANITAS
- Fecha de nacimiento: 8 de agosto del año 1988
- Ciudad de residencia: Sogamoso
- Lugar donde se debe recoger: secretaria de la Mujer e Inclusión Social
- Fecha y hora de recogida: 28 de noviembre de 2024, 11:00 a.m.
- Otras notas: se realiza traslado de la Señora JENNY VIVIANA MORA ORDUZ, identificado con Cédula de Ciudadanía No.1. 057.578.991 de Sogamoso, desde la Secretaria de la Mujer e Inclusión Social a la IPS *PSIQMED* por un periodo de quince (15) días a partir de la fecha de ingreso.

Sin otro particular,

LUZ DARY CALDERÓN OLMOS
Secretaria de la Mujer e Inclusión Social (E)

Proyectó: Diana S.
Reviso: Johnnatan
Aprobó: Luz Dary

Scanned with CamScanner

Al contestar cite 20242600000626
Fecha Radicación: 27-11-2024

Sogamoso,

Señor,
JAVIER RICARDO MARQUEZ ORDUZ
GERENTE IPS PSIQMED

REF: **AUTORIZACION DE INGRESO**

Cordial saludo de acuerdo a la referencia y para los fines pertinentes, en mi calidad de Supervisora del contrato No 20240903 Suscrito entre La Alcaldia de Sogamoso y la IPS PSIQMED, me permito informar que se **AUTORIZA EL INGRESO** del Señor RONALD EDGARDO SILVA MONTAÑA, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.057.584.753

- Edad: 35 años
- EPS: SANITAS
- Fecha de nacimiento:28 de marzo del año 1989
- Ciudad de residencia: Sogamoso
- Lugar donde se debe recoger: Secretaria de la Mujer e Inclusión Social
- Fecha y hora de recogida: 28 de noviembre de 2024, 9:00 a.m.
- Otras notas: se realiza traslado del Señor RONALD EDGARDO SILVA MONTAÑA, identificado con Cédula de Ciudadanía No.1.057.584.753 de la Secretaria de la Mujer e Inclusión Social a la IPS *PSIQMED* por un periodo de quince (15) días a partir de la fecha de ingreso.

Sin otro particular,

LUZ DARY CALDERÓN OLMOS
Secretaria de la Mujer e Inclusión Social (E)

Proyectó: Alejandra
Revisó: Johnnatan
Aprobó: Luz Dary

Scanned with CamScanner

Al contestar cite 20242600000716
Fecha Radicación: 10-12-2024

Sogamoso,

Señor,
JAVIER RICARDO MARQUEZ ORDUZ
GERENTE IPS PSIQMED

REF: **AUTORIZACION DE INGRESO**

Cordial saludo de acuerdo a la referencia y para los fines pertinentes, en mi calidad de Supervisora del contrato No 20240903 Suscrito entre La Alcaldía de Sogamoso y la IPS PSIQMED, me permito informar que se **AUTORIZA EL INGRESO** del Adulto Joven JUAN SEBASTIAN OLARTE LEMUS, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.007.382.679 de 23 años de edad, persona en condición de habitante de calle.

- EPS: Nueva EPS subsidiado
- Fecha de Nacimiento: 06/07/2001
- Ciudad de residencia: Sogamoso
- Lugar donde se debe recoger: Secretaria de la Mujer e Inclusión Social
- Fecha y hora de recogida: 2 de Diciembre de 2024 3:30 p.m.

Otras notas: se realiza traslado desde la Secretaria de la Mujer e Inclusión Social para internación a la IPS PSIQMED, por quince (15) dias a partir de la fecha de ingreso.

Sin otro particular,

LUZ DARY CALDERON OLMOS
Secretaria de la Mujer e Inclusión Social (E)

Proyecto: Diana S.
Revisó: Johnnatan P.
Aprobó: Luz Dary C.

Scanned with CamScanner

3. Los servicios suministrados a los beneficiarios incluirán: estadía mínima de 15 días y máximo de 30 días o hasta que la autoridad competente lo determine. en donde se hará entrega de alimentos y fortalecimiento nutricional, estadía, aseo personal, talleres, remisiones a servicios de salud y demás servicios contemplados en la oferta presentada.

Dentro de los servicios prestados a los usuarios se les garantizo alojamiento y hoteleria, aseo en la unidad, lavado de ropas y de tendidos. Entrega de alimentos y fortalecimiento nutricional, garantizando; desayuno, onces de la mañana, almuerzo, onces de la tarde, cena y onces de la noche. Se atendieron todas las necesidades basicas del aseo personal en la unidad, se brindaron talleres terapeuticos y se garantizo acompañamiento permanente en seguimiento y gestion de tratamientos y consultas bajo la necesidad individual de cada usuario.

4. El ingreso de los beneficiarios debe ser informado y contar con la autorización de la Supervisión, quien debe expedir formato de ingreso con la respectiva firma, de ser día no hábil este formato se debe firmar el siguiente día hábil, de no ser así no se generará el pago a que haya lugar.

Se recibieron las autorizaciones por parte de la supervision del contrato en las oficinas de la dependencia de la secretaria de la mujer e inclusion social del municipio de Sogamoso. Donde de la misma manera se acordo y se concluyo el traslado por parte de Psiqmed IPS a la unidad de atencion.

5. Garantizar la prestación del servicio 24 horas los 7 días de la semana con la totalidad de los componentes de manera continua y sin interrupción durante el periodo de ejecución.

Durante el periodo comprendido entre el 05 de noviembre del año 2024 al 04 de diciembre del año 2024 se garantizo la prestacion del servicio durante las 24 horas del dia los 7 dias de la semana con la totalidad de los componentes de manera continua y sin interrupcion.

6. Garantizar a las personas institucionalizadas el aporte necesario para su sostenimiento durante su estadía en la institución.

Durante el periodo de ejecucion se ha garantizado a las personas institucionalizadas el aporte necesario para su sostenimiento durante su estadia en la institucion.

7. Suministrar el material e insumos que se requieran para la realización de las actividades de atención prestadas por la institución.

Durante el periodo de ejecucion se ha suministrado todo el material e insumos necesario requeridos para la realizacion de las actividades de atencion.

8. Realizar mensualmente Matriz de caracterización de los habitantes de calle acogidos según el formato establecido por la Secretaría de la Supervisión.

Durante el periodo de ejecucion por parte de la Secretaria de la Mujer e Inclusion Social se realiza matriz de caracterizacion de los habitantes de calle acogidos según el formato establecido por la secretaria de la supervision.

9. Permitir que personal adscrito a la Secretaría de la Mujer e Inclusión Social, Secretaría de Gobierno y Secretaría de Salud puedan verificar en cualquier momento las condiciones de habitabilidad de las personas atendidas y que puedan tener acceso a cualquier documento que se requiera para el bienestar de esta población.

Durante el periodo de ejecucion se permitio que el personal adscrito a la Secretaria de la Mujer e Inclusion Social, Secretaria de Gobierno y Secretaria de Salud pudieran verificar en cualquier momento las condiciones de habitabilidad de las personas atendidas, como tambien se les brindo acceso a cualquier documento que se haya requerido para el bienestar de esta poblacion.

10. En caso de existir emergencias sanitarias, se deberá brindar garantía de la realización de actividades de fortalecimiento, manejo preventivo según la emergencia, según lo establecido por el Gobierno Nacional, contarán con

elementos de protección personal, realizarán adecuaciones al centro de bienestar de conformidad con los protocolos; como también realizaran socializaciones y capacitaciones.

Durante el periodo comprendido entre el 05 de noviembre del año 2024 al 04 de diciembre del año 2024 nos permitimos manifestar que no se presento ninguna emergencia de orden sanitario durante la prestacion del servicio, como tambien informamos que se conto con todos los elementos de bioseguridad y de proteccion personal durante la atencion, se cumplieron a cabalidad los protocolos y se realizaron las respectivas socializaciones y capacitaciones.

11. Disponer de personal Técnica o Tecnóloga (manipulación de alimentos) con conocimientos en buenas prácticas de manipulación de alimentos-BPM ("Principios básicos y prácticas generales de higiene en la manipulación, preparación, elaboración, envasado, almacenamiento, transporte y distribución de alimentos para consumo humano) y en manejo y servicio de alimentos y en protocolo de limpieza y desinfección.

Durante el periodo de ejecucion se dispuso de el personal tecnico necesario en manipulacion de alimentos, con conocimientos en buenas practicas de manipulacion de alimentos, con principios basicos y practicas generales de higiene en la manipulacion, preparacion, elaboracion, envasado, almacenamiento, trasporte y distribucion de alimentos para consumo humano en el manejo y servicio de alimentos y en protocolos de limpieza y desinfeccion. Se dispuso de dos personas con certificaciones vigentes, para garantizar el suministro de alimentos de los usuarios.

Psiqmed IPS dispone de dos personas encargadas de la elaboracion de alimentos para la atencion de los usuarios remitidos, estas personas son:

- Sonia Liceth Mesa Manchego.
- Lida Isalda Sanchez Morales.



G&L ASESORIA Y SOLUCIONES
NIT 1057584381-5

Entidad prestadora de servicios técnicos de consultorio, asesoría y capacitación en los diferentes campos de la ingeniería Agroindustrial

CERTIFICA QUE
SONIA LICETH MESA MANCHEGO
CC1051588951 de Firavitoba

En cumplimiento a la Resolución 2674 del año 2013 asistió a la capacitación en BPM, protección, conservación y manipulación de alimentos realizada los días 9 al 10 de Octubre del año 2024 con una duración de 10 horas.

Giovanny Alejandro Lucero Monroy
QUIMIICO DE ALIMENTOS
U.P.T.C
MP.PQA-471
SOGAMOSO, 11 DE OCTUBRE DEL 2024



curso manipulador de alimentos

LUZ MIREYA CORREALES

DESINFEXA CLEAN

NIT 466217-3

DESINFEXA CLEAN dentro de su competencia en inspección, vigilancia y control, acto de capacitación en **BMP CERTIFICA QUE** realizó curso en **HIGIENE Y MANIPULACON DE ALIMENTOS, LIMPIEZA Y DESINFECCION.**

Con una intensidad horaria de 10 horas el 17 y 18 de AGOSTO de / 2024, se trabajó bajo cronograma de actividades para su verificación y constancia se deja folio para dar cumplimiento a las normas sanitarias vigentes en la **(RESOLUCIÓN 2674/13) (LEY 1500/2007)**

Legislación Sanitaria.

Esta certificación va dirigida a la siguiente persona que se relaciona en el acta firmada, se puede comprobar su autenticidad a través del correo electrónico esxagua21@gmail.com con la ingeniera de alimentos en curso **(UNAD) LUZ MIYERA CORREALES ROJAS** Profesional Tecnólogo En Control Y Calidad De Alimentos **(SENA)**, Especialista Tecnológica En Inocuidad De Alimentaria **(SENA)** Curso Pedagógico **(SENA)**

Nombre Del Participante	Identificación	T de C	Intensidad Horaria	Firma
LIDA ISALDA SANCHEZ MORALES	C.C 1053538073	H y M	10 horas	

Atentamente

PROGRMA DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD

(BMP) (HMA) (LyD) (SALUD SANITARIA)

Autorización SSA-1030-647-2019 /Resolución 2674-2013
DESINFEXA CLEAN

12. Garantizar la disponibilidad de una auxiliar operativa las 24 horas del día, los 7 días de la semana para el registro, ingreso y egreso de los habitantes de calle y para todo aquello que se requiera durante su permanencia.

Se garantiza la disponibilidad de Margareh Corazon Cepeda en calidad de coordinadora asistencial de Psiqmed IPS, para que desempeñe el rol de auxiliar operativa con disponiblidad las 24 horas del dia, los 7 dias de la semana para el registro, ingreso y egreso de los habitantes de calle y para todo aquello que se requirio durante su permanencia.

13. Dotar a la población atendida con kits de aseo personal que suplan las necesidades básicas de conformidad a lo establecido en el anexo técnico.

Se doto y garantizo permanentemente a la poblacion atendida con kits de aseo personal que suplieron las necesidades basicas de conformidad en lo establecido en el anexo tecnico.

14. Entregar a la población atendida dotación de vestuario de conformidad a lo establecido en el anexo técnico.

Durante el periodo de ejecucion se desarrollaron dos actividades para la donacion de ropa en optimas condiciones destinada a la poblacion habitante de calle, la primer actividad tuvo desarrollo el dia 05 de noviembre del 2024 por parte de Psiqmed IPS y otra actividad se desarrollo los dias; 20, 21 y 22 de noviembre por parte de la alcaldia de Sogamoso.

15. Socializar e implementar estrategia para el fortalecimiento del proyecto de vida de la población habitante de calle durante su estancia en el hogar.

El dia 01 de noviembre del 2024 se dio la socializacion e implementacion de la estrategia para el fortalecimiento del proyecto de vida de la poblacion habitante de calle durante su estancia en la unidad, socializacion realizada por el Dr Ferney Mauricio Biancha en calidad de coordinador cientifico de PSIQMED IPS, la anterior socializacion dirigida al personal asistencial y operativo de la IPS.

SOCIALIZACION DE LA ESTRATEGIA DE FORTALECIMIENTO DEL PROYECTO DE VIDA PARA LA POBLACION HABITANTE DE CALLE DEL MUNICIPIO DE SOGAMOSO

PSIQMED IPS

01 DE NOVIEMBRE DE 2024

REUNION POR MEDIO DE PLATAFORMA MEET

https://meet.google.com/yey-bmtu-kgq

RESPONSABLE DE LA SOCIALIZACION:

DR. FERNEY MAURICIO BIANCHA ALMEIDA

PSICOLOGO CLINICO

COORDINADOR CIENTIFICO

PSIQMED IPS

DIRIGIDO A:

TODO EL PERSONAL ASISTENCIAL DE PSIQMED IPS

VEREDA USAMENA FINCA EL CERRITO IZA – BOYACÁ
Contacto: psiqmedips@gmail.com

Scanned with CamScanner

1. Objetivo General:

Socializar la estrategia diseñada para fortalecer el proyecto de vida de la población habitante de calle, promoviendo su desarrollo personal, social y emocional durante la estancia en PSIQMED IPS.

2. Objetivos Específicos:

• Sensibilizar al personal de PSIQMED IPS sobre las necesidades y derechos de la población habitante de calle.

• Presentar las actividades y herramientas que integran la estrategia.

• Garantizar que todo el personal comprenda su rol en la implementación de esta estrategia.

• Fomentar la colaboración interdisciplinaria en el desarrollo de las actividades planteadas.

3. Agenda de Socialización:

Horario Actividad:

09:00 AM - 09:15 AM Bienvenida e introducción.

09:15 AM - 09:45 AM Contexto sobre la población habitante de calle.

09:45 AM - 10:15 AM Presentación de la estrategia.

10:15 AM - 10:45 AM Actividades y roles del personal.

10:45 AM - 11:15 AM Presentación modelo de atención.

10:15 AM - 11:30 AM Funcionamiento del mobiliario.

11:30 AM - 11-40 AM Preguntas y respuestas.

4. Contenido de la Estrategia:

Diagnóstico inicial: Evaluación biopsicosocial de cada usuario.

Actividades propuestas:

Scanned with CamScanner

• Talleres psicoeducativos (proyecto de vida, habilidades sociales, manejo emocional).

• Espacios de interacción grupal.

• Sesiones de acompañamiento individualizado.

• Materiales requeridos: Manuales, guías, recursos audiovisuales.

• Indicadores de éxito: Participación activa, cumplimiento de metas personales, retroalimentación positiva.

5. Roles del Personal:

Psicología: Liderar talleres y evaluar avances emocionales.

Trabajo Social: Facilitar el contacto con redes de apoyo externas.

Enfermería: Brindar apoyo en actividades que requieran atención médica o seguimiento.

Taller: Planificar actividades prácticas relacionadas con el proyecto de vida.

Dirección Administrativa: Proveer recursos necesarios para la implementación.

6. Metodología de Evaluación:

- Frecuencia: Evaluaciones diarias del progreso de los usuarios.
- Herramientas: Encuestas, test, pruebas, registros de actividades, reportes interdisciplinarios.
- Resultados esperados: Identificación de avances en autoestima, habilidades sociales y metas de vida para la reinserción social.

7. Compromisos del Personal:

- Participar activamente en las actividades.
- Promover un ambiente respetuoso y empático.
- Dar seguimiento a las necesidades específicas de cada usuario.

Scanned with CamScanner

8. Firma de Asistencia: SOCIALIZACION DE LA ESTRATEGIA DE FORTALECIMIENTO DEL PROYECTO DE VIDA PARA LA POBLACION HABITANTE DE CALLE DEL MUNICIPIO DE SOGAMOSO.

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Laura Viviana Moreno	Psicologa.	Laura Moreno
Sonia Marcela Angel	Psicologa.	Sonia Marcela Angel
Ahmed Rafael Lopez	Psicologo.	
Laura Milena Gonzalez	Trabajadora Social.	Laura Gonzalez
Claudia Ximena Riaño	Terapia Ocupacional.	
Ernesto Alexander Tobo	Enfermero Jefe.	Alexander Tobo
Yeison Andres Bravo	Lic en Edu Fisica.	
Margareth Corazon Cepeda	Aux de Enfermeria.	
Betty Cecilia Martinez	Aux de Enfermeria.	BETTY Cecilia M
Andres Martinez Estepa	Aux de Enfermeria.	Andres Martinez Estepa
Luz Stella Orduz	Aux de Enfermeria.	Luz Stella Orduz A.
Jhon Jairo Rodriguez	Aux de Enfermeria.	
Yeimy Dayanna Zamudio	Aux de Enfermeria.	Yeimy ZAMUDIO
Lina Mayerly Rojas	Aux de Enfermeria.	
Kevin Bustamante Gonzalez	Recreacionista.	Kevin Bustamante
Sonia Liceth Mesa	Aux de Servicios.	Sonia Liceth Mesa
Lida Isalda Sanchez	Aux de Servicios.	LIDA ISALDA SANCHEZ
Kely Yurany Patiño	Coordinador Logistico.	Kelly R.

Scanned with CamScanner

16. Orientar y acompañar a la población atendida para que obtengan sus documentos de identificación, en los casos que así lo requieran, para que tengan acceso a servicios sociales, educación y salud.

Durante el periodo de ejecucion se oriento y acompaño a la poblacion atendida para que obtengan sus documetos de identificacion, en los casos en los que se requirieron, esto para que tengan acceso a los servicios sociales educacion y salud.

17. Prestar servicio de seguridad y vigilancia por veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días de la semana en las instalaciones en donde se desarrolle el contrato, debe ser prestado por una persona jurídica legalmente constituida y habilitada por la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada para la prestación del servicio.

Durante el periodo de ejecucion se presto el servicio de vigilancia y seguridad durante las 24 horas al dia, los 7 dias de la semana en la unidad donde se desarrolla el contrato.

18. Aportar las aclaraciones y requerimientos de información solicitada en el tiempo establecido y otorgado por la supervisión.

Durante el periodo de ejecucion no se solicitaron aclaraciones y requerimientos de informacion por parte de la supervision del contrato.

19. Guardar reserva de la información suministrada, el Contratista no podrá hacer uso de la misma para fines diferentes a los del trabajo mismo, sin autorización previa, expresa y escrita del Municipio, Serán de propiedad del Municipio los resultados de los informes y trabajos realizados para cumplir el objeto del contrato.

Durante el periodo de ejecucion y posterior a este, teniendo en cuenta las politicas de tratamiento de datos personales y de confidencialidad de la legislacion Colombiana nos permitimos manifestar que: Psiqmed IPS guardara la informacion suministrada, es decir; Psiqmed IPS no podra hacer uso de la misma para fines

diferentes a los del trabajo mismo, sin autorizacion previa, expresa y escrita del Municipio, seran de propiedad del municipio los resultados de los informes y trabajos realizados para cumplir el objeto del contrato.

20. Si la persona entra por el centro de protección transitorio se le debe garantizar la ejecución de protocolo establecida bajo la Ley 1801 de 2016, en su artículo 155.

La duración de este medio de policía será hasta de 12 horas el cual inicia a partir de la custodia, pudiendo finalizar cuando hayan cesado las razones o causas que dieron origen al traslado.

Se garantizo el cumplimiento del protocolo establecido bajo la ley 1801 de 2016, en su articulo 155 según el ingreso por el centro de proteccion transitorio.

21. Presentar informe mensual de ejecución de actividades con las evidencias y registros de todos los servicios prestados y bienes entregados a la población habitante de calle atendida, soportados con las planillas registros de ingreso y salida, entrega de kits de aseo y dotación firmados y demás evidencias que se requieran, conforme a los lineamientos e instrucciones impartidas por la supervisión.

Según cronograma establecido por el anexo tecnico se presenta informe mensual de ejecucion de actividades con las evidencias y registros de todos los servicios prestados y bienes entregados a la poblacion habitante de calle atendida, soportado con el consentimiento informado diseñado por PSIQMED IPS para evidenciar el registro de ingreso y salida de los usuarios remitidos, la entregas de kits de aseo y dotacion de vestuario otorgada para el correcto desarrollo de su proceso de rehabilitacion.

Se diseñan los consentimientos informados y se presentan firmados por los usuarios que se han beneficiado del programa contratado por el municipio de Sogamoso.

ACEPTACIÓN DE SERVICIO DE REHABILITACION

Nosotros los firmantes en concordancia a la Legislación Colombiana y la Ley 23 de 1981, artículo 12, 13 y 14 y a la condición explicativa frente a nuestras firmas, reconocemos:

a. Que luego de ser informado(a) por parte del profesional adscrito a PSIQMED IPS, dando aceptación a los derechos y responsabilidades que me obliga el ser usuario del Programa de Rehabilitación de Adicciones y/o Programa de Rehabilitación en salud mental, reconozco los beneficios y riesgos de los que he sido informado y autorizo a PSIQMED IPS, a realizar el manejo terapéutico de internación, por el personal dispuesto para tal fin.

De la presente autorización se informó a mi grupo familiar y/o red de apoyo cercana, así como se me informo el cumplimento de las condiciones ya explicitas, pertenecientes a programa de rehabilitación de PSIQMED IPS.

b. Me han explicado adecuadamente los beneficios (asesoramiento permanente de los profesionales especializados en el manejo de la patología, para mí y mi familia; acompañamiento en programa de reinserción a la comunidad y manejo bajo modelo educativo basado en evidencia científica), como también los riesgos que se pueden presentar durante el proceso (Evasión o retiro voluntario, caída, hetero agresión, suicidio, muerte, recaída en el consumo de sustancias psicoactivas) todos los riesgos anteriores relacionados con el programa de Rehabilitación en Adicciones y/o de salud mental que presta PSIQMED IPS; de esta manera afirmo que he podido preguntar y despejar las dudas existentes al respecto.

c. Cumpliré estrictamente las instrucciones, tratamientos y recomendaciones dadas por los profesionales tratantes y el equipo terapéutico perteneciente a PSIQMED IPS.

d. Acepto el entrenamiento y la vinculación de mi familia y/o red de apoyo referentes al cuidado y autocuidado y demás recomendaciones necesarias para lograr la rehabilitación y mejorar mi calidad de vida y la de mi familia y/o red de apoyo.

Scanned with CamScanner

e. Acepto participar en el tratamiento dispuesto para mi recuperación por los profesionales tratantes, asumiendo a conciencia la educación y el entrenamiento que los miembros del equipo terapéutico suministren.

f. Entiendo que el servicio prestado es de carácter transitorio y condicionado al cumplimiento de los compromisos adquiridos por cada una de las partes y que la duración del servicio de atención será definida en primera instancia por los la Secretaria de la Mujer e Inclusión Social del municipio de Sogamoso.

g. Yo Juan Carlos Aguirre identificado(a) con C.C No 74.184.574 de Sogamoso, doy mi consentimiento y acepto de manera libre que se realice la intervención terapéutica requerida. Confirmo que tengo conocimiento de que la información revelada durante el proceso, se mantendrá protegida y en absoluta reserva bajo los parámetros establecidos por la ley 1090 de 2006, y el Manual Bioético y Deontológico de psicología. Entiendo que toda la información concerniente a la evaluación y tratamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro mi integridad física o mental o la de otro miembro de la comunidad. Entiendo que, si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnostico o errores en el desarrollo de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al proceso psicológico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi psicólogo tratante, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar del psicólogo, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior a mi egreso.

h. Con la firma del presente consentimiento informado confirmo el recibido de los elementos kits de aseo personal y el suministro de todo el material e

Scanned with CamScanner

insumos necesarios para comenzar mi proceso de rehabilitación, como también confirmo el recibido de las prendas de vestir y a su vez autorizo a PSIQMED IPS para que me garantice la alimentación necesaria durante el desarrollo de mi tratamiento (desayuno, onces de la mañana, almuerzo, onces de la tarde, cena y onces de la noche).

En concordancia con lo anterior y teniendo claro lo explicado, firmo el presente consentimiento informado a los 08 días del mes de 11 del 2024.

En consecuencia: acepto y firmo lo anteriormente mencionado.

Firma del Paciente: Juan Carlos Aguirre

Número de identificación: 74.184.574 de Sogamoso

Firma del profesional que orienta el ingreso:

Nombre: Margareth Cepeda.

Registro de fecha de egreso del programa de rehabilitación:_____

Firma del profesional que orienta el egreso:

Nombre:

Scanned with CamScanner

ACEPTACIÓN DE SERVICIO DE REHABILITACION

Nosotros los firmantes en concordancia a la Legislación Colombiana y la Ley 23 de 1981, artículo 12, 13 y 14 y a la condición explicativa frente a nuestras firmas, reconocemos:

a. Que luego de ser informado(a) por parte del profesional adscrito a PSIQMED IPS, dando aceptación a los derechos y responsabilidades que me obliga el ser usuario del Programa de Rehabilitación de Adicciones y/o Programa de Rehabilitación en salud mental, reconozco los beneficios y riesgos de los que he sido informado y autorizo a PSIQMED IPS, a realizar el manejo terapéutico de internación, por el personal dispuesto para tal fin.

De la presente autorización se informó a mi grupo familiar y/o red de apoyo cercana, así como se me informo el cumplimento de las condiciones ya explicitas, pertenecientes a programa de rehabilitación de PSIQMED IPS.

b. Me han explicado adecuadamente los beneficios (asesoramiento permanente de los profesionales especializados en el manejo de la patología, para mí y mi familia; acompañamiento en programa de reinserción a la comunidad y manejo bajo modelo educativo basado en evidencia científica), como también los riesgos que se pueden presentar durante el proceso (Evasión o retiro voluntario, caída, hetero agresión, suicidio, muerte, recaída en el consumo de sustancias psicoactivas) todos los riesgos anteriores relacionados con el programa de Rehabilitación en Adicciones y/o de salud mental que presta PSIQMED IPS; de esta manera afirmo que he podido preguntar y despejar las dudas existentes al respecto.

c. Cumpliré estrictamente las instrucciones, tratamientos y recomendaciones dadas por los profesionales tratantes y el equipo terapéutico perteneciente a PSIQMED IPS.

d. Acepto el entrenamiento y la vinculación de mi familia y/o red de apoyo referentes al cuidado y autocuidado y demás recomendaciones necesarias para lograr la rehabilitación y mejorar mi calidad de vida y la de mi familia y/o red de apoyo.

Scanned with CamScanner

e. Acepto participar en el tratamiento dispuesto para mi recuperación por los profesionales tratantes, asumiendo a conciencia la educación y el entrenamiento que los miembros del equipo terapéutico suministren.

f. Entiendo que el servicio prestado es de carácter transitorio y condicionado al cumplimiento de los compromisos adquiridos por cada una de las partes y que la duración del servicio de atención será definida en primera instancia por los la Secretaria de la Mujer e Inclusión Social del municipio de Sogamoso.

g. Yo Marisol Peña Navarro identificado(a) con ____ No 46.384.344 de Sogamoso, doy mi consentimiento y acepto de manera libre que se realice la intervención terapéutica requerida. Confirmo que tengo conocimiento de que la información revelada durante el proceso, se mantendrá protegida y en absoluta reserva bajo los parámetros establecidos por la ley 1090 de 2006, y el Manual Bioético y Deontológico de psicología. Entiendo que toda la información concerniente a la evaluación y tratamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro mi integridad física o mental o la de otro miembro de la comunidad. Entiendo que, si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnostico o errores en el desarrollo de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al proceso psicológico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi psicólogo tratante, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar del psicólogo, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior a mi egreso.

h. Con la firma del presente consentimiento informado confirmo el recibido de los elementos kits de aseo personal y el suministro de todo el material e

Scanned with CamScanner

insumos necesarios para comenzar mi proceso de rehabilitación, como también confirmo el recibido de las prendas de vestir y a su vez autorizo a PSIQMED IPS para que me garantice la alimentación necesaria durante el desarrollo de mi tratamiento (desayuno, onces de la mañana, almuerzo, onces de la tarde, cena y onces de la noche).

En concordancia con lo anterior y teniendo claro lo explicado, firmo el presente consentimiento informado a los 08 días del mes de 11 del 2024.

En consecuencia: acepto y firmo lo anteriormente mencionado.

Firma del Paciente: Marisol Peña Navarro

Número de identificación: 46.384.344 de Sogamoso

Firma del profesional que orienta el ingreso:

Nombre: Margareth Cepeda.

Registro de fecha de egreso del programa de rehabilitación:_____

Firma del profesional que orienta el egreso:

Nombre:

Scanned with CamScanner

ACEPTACIÓN DE SERVICIO DE REHABILITACION

Nosotros los firmantes en concordancia a la Legislación Colombiana y la Ley 23 de 1981, artículo 12, 13 y 14 y a la condición explicativa frente a nuestras firmas, reconocemos:

a. Que luego de ser informado(a) por parte del profesional adscrito a PSIQMED IPS, dando aceptación a los derechos y responsabilidades que me obliga el ser usuario del Programa de Rehabilitación de Adicciones y/o Programa de Rehabilitación en salud mental, reconozco los beneficios y riesgos de los que he sido informado y autorizo a PSIQMED IPS, a realizar el manejo terapéutico de internación, por el personal dispuesto para tal fin.

De la presente autorización se informó a mi grupo familiar y/o red de apoyo cercana, así como se me informo el cumplimento de las condiciones ya explicitas, pertenecientes a programa de rehabilitación de PSIQMED IPS.

b. Me han explicado adecuadamente los beneficios (asesoramiento permanente de los profesionales especializados en el manejo de la patología, para mí y mi familia; acompañamiento en programa de reinserción a la comunidad y manejo bajo modelo educativo basado en evidencia científica), como también los riesgos que se pueden presentar durante el proceso (Evasión o retiro voluntario, caída, hetero agresión, suicidio, muerte, recaída en el consumo de sustancias psicoactivas) todos los riesgos anteriores relacionados con el programa de Rehabilitación en Adicciones y/o de salud mental que presta PSIQMED IPS; de esta manera afirmo que he podido preguntar y despejar las dudas existentes al respecto.

c. Cumpliré estrictamente las instrucciones, tratamientos y recomendaciones dadas por los profesionales tratantes y el equipo terapéutico perteneciente a PSIQMED IPS.

d. Acepto el entrenamiento y la vinculación de mi familia y/o red de apoyo referentes al cuidado y autocuidado y demás recomendaciones necesarias para lograr la rehabilitación y mejorar mi calidad de vida y la de mi familia y/o red de apoyo.

Scanned with CamScanner

e. Acepto participar en el tratamiento dispuesto para mi recuperación por los profesionales tratantes, asumiendo a conciencia la educación y el entrenamiento que los miembros del equipo terapéutico suministren.

f. Entiendo que el servicio prestado es de carácter transitorio y condicionado al cumplimiento de los compromisos adquiridos por cada una de las partes y que la duración del servicio de atención será definida en primera instancia por los la Secretaria de la Mujer e Inclusión Social del municipio de Sogamoso.

g. Yo Yhon Edwin Oiarte Silva identificado(a) con _____ No 74.081.308 de Sogamoso, doy mi consentimiento y acepto de manera libre que se realice la intervención terapéutica requerida. Confirmo que tengo conocimiento de que la información revelada durante el proceso, se mantendrá protegida y en absoluta reserva bajo los parámetros establecidos por la ley 1090 de 2006, y el Manual Bioético y Deontológico de psicología. Entiendo que toda la información concerniente a la evaluación y tratamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro mi integridad física o mental o la de otro miembro de la comunidad. Entiendo que, si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnostico o errores en el desarrollo de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al proceso psicológico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi psicólogo tratante, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar del psicólogo, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior a mi egreso.

h. Con la firma del presente consentimiento informado confirmo el recibido de los elementos kits de aseo personal y el suministro de todo el material e

Scanned with CamScanner

insumos necesarios para comenzar mi proceso de rehabilitación, como también confirmo el recibido de las prendas de vestir y a su vez autorizo a PSIQMED IPS para que me garantice la alimentación necesaria durante el desarrollo de mi tratamiento (desayuno, onces de la mañana, almuerzo, onces de la tarde, cena y onces de la noche).

En concordancia con lo anterior y teniendo claro lo explicado, firmo el presente consentimiento informado a los 13 días del mes de 11 del 2024.

En consecuencia: acepto y firmo lo anteriormente mencionado.

Firma del Paciente: _____

Número de identificación: 74.081.308 de Sogamoso

Firma del profesional que orienta el ingreso:

_____

Nombre: Margareth Cepeda.

Registro de fecha de egreso del programa de rehabilitación:_____

Firma del profesional que orienta el egreso:

_____

Nombre:

Scanned with CamScanner

ACEPTACIÓN DE SERVICIO DE REHABILITACION

Nosotros los firmantes en concordancia a la Legislación Colombiana y la Ley 23 de 1981, artículo 12, 13 y 14 y a la condición explicativa frente a nuestras firmas, reconocemos:

a. Que luego de ser informado(a) por parte del profesional adscrito a PSIQMED IPS, dando aceptación a los derechos y responsabilidades que me obliga el ser usuario del Programa de Rehabilitación de Adicciones y/o Programa de Rehabilitación en salud mental, reconozco los beneficios y riesgos de los que he sido informado y autorizo a PSIQMED IPS, a realizar el manejo terapéutico de internación, por el personal dispuesto para tal fin.

De la presente autorización se informó a mi grupo familiar y/o red de apoyo cercana, así como se me informo el cumplimento de las condiciones ya explicitas, pertenecientes a programa de rehabilitación de PSIQMED IPS.

b. Me han explicado adecuadamente los beneficios (asesoramiento permanente de los profesionales especializados en el manejo de la patología, para mí y mi familia; acompañamiento en programa de reinserción a la comunidad y manejo bajo modelo educativo basado en evidencia científica), como también los riesgos que se pueden presentar durante el proceso (Evasión o retiro voluntario, caída, hetero agresión, suicidio, muerte, recaída en el consumo de sustancias psicoactivas) todos los riesgos anteriores relacionados con el programa de Rehabilitación en Adicciones y/o de salud mental que presta PSIQMED IPS; de esta manera afirmo que he podido preguntar y despejar las dudas existentes al respecto.

c. Cumpliré estrictamente las instrucciones, tratamientos y recomendaciones dadas por los profesionales tratantes y el equipo terapéutico perteneciente a PSIQMED IPS.

d. Acepto el entrenamiento y la vinculación de mi familia y/o red de apoyo referentes al cuidado y autocuidado y demás recomendaciones necesarias para lograr la rehabilitación y mejorar mi calidad de vida y la de mi familia y/o red de apoyo.

Scanned with CamScanner

e. Acepto participar en el tratamiento dispuesto para mi recuperación por los profesionales tratantes, asumiendo a conciencia la educación y el entrenamiento que los miembros del equipo terapéutico suministren.

f. Entiendo que el servicio prestado es de carácter transitorio y condicionado al cumplimiento de los compromisos adquiridos por cada una de las partes y que la duración del servicio de atención será definida en primera instancia por los la Secretaria de la Mujer e Inclusión Social del municipio de Sogamoso.

g. Yo Nelson Fary Ordoñez identificado(a) con ____ No 1.082.25.498 de Yaguara, doy mi consentimiento y acepto de manera libre que se realice la intervención terapéutica requerida. Confirmo que tengo conocimiento de que la información revelada durante el proceso, se mantendrá protegida y en absoluta reserva bajo los parámetros establecidos por la ley 1090 de 2006, y el Manual Bioético y Deontológico de psicología. Entiendo que toda la información concerniente a la evaluación y tratamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro mi integridad física o mental o la de otro miembro de la comunidad. Entiendo que, si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnostico o errores en el desarrollo de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al proceso psicológico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi psicólogo tratante, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar del psicólogo, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior a mi egreso.

h. Con la firma del presente consentimiento informado confirmo el recibido de los elementos kits de aseo personal y el suministro de todo el material e

Scanned with CamScanner

insumos necesarios para comenzar mi proceso de rehabilitación, como también confirmo el recibido de las prendas de vestir y a su vez autorizo a PSIQMED IPS para que me garantice la alimentación necesaria durante el desarrollo de mi tratamiento (desayuno, onces de la mañana, almuerzo, onces de la tarde, cena y onces de la noche).

En concordancia con lo anterior y teniendo claro lo explicado, firmo el presente consentimiento informado a los 14 días del mes de 11 del 2024.

En consecuencia: acepto y firmo lo anteriormente mencionado.

Firma del Paciente: Nelson F. Cuadrez

Número de identificación: 1.082.215.498 de Yaguara

Firma del profesional que orienta el ingreso:

Nombre: Margareth Cepeda.

Registro de fecha de egreso del programa de rehabilitación: 28/11/24

Firma del profesional que orienta el egreso:

Nombre: Ahmed Rafael Lopez

Scanned with CamScanner

ACEPTACIÓN DE SERVICIO DE REHABILITACION

Nosotros los firmantes en concordancia a la Legislación Colombiana y la Ley 23 de 1981, artículo 12, 13 y 14 y a la condición explicativa frente a nuestras firmas, reconocemos:

a. Que luego de ser informado(a) por parte del profesional adscrito a PSIQMED IPS, dando aceptación a los derechos y responsabilidades que me obliga el ser usuario del Programa de Rehabilitación de Adicciones y/o Programa de Rehabilitación en salud mental, reconozco los beneficios y riesgos de los que he sido informado y autorizo a PSIQMED IPS, a realizar el manejo terapéutico de internación, por el personal dispuesto para tal fin.

De la presente autorización se informó a mi grupo familiar y/o red de apoyo cercana, así como se me informo el cumplimento de las condiciones ya explicitas, pertenecientes a programa de rehabilitación de PSIQMED IPS.

b. Me han explicado adecuadamente los beneficios (asesoramiento permanente de los profesionales especializados en el manejo de la patología, para mí y mi familia; acompañamiento en programa de reinserción a la comunidad y manejo bajo modelo educativo basado en evidencia científica), como también los riesgos que se pueden presentar durante el proceso (Evasión o retiro voluntario, caída, hetero agresión, suicidio, muerte, recaída en el consumo de sustancias psicoactivas) todos los riesgos anteriores relacionados con el programa de Rehabilitación en Adicciones y/o de salud mental que presta PSIQMED IPS; de esta manera afirmo que he podido preguntar y despejar las dudas existentes al respecto.

c. Cumpliré estrictamente las instrucciones, tratamientos y recomendaciones dadas por los profesionales tratantes y el equipo terapéutico perteneciente a PSIQMED IPS.

d. Acepto el entrenamiento y la vinculación de mi familia y/o red de apoyo referentes al cuidado y autocuidado y demás recomendaciones necesarias para lograr la rehabilitación y mejorar mi calidad de vida y la de mi familia y/o red de apoyo.

Scanned with CamScanner

e. Acepto participar en el tratamiento dispuesto para mi recuperación por los profesionales tratantes, asumiendo a conciencia la educación y el entrenamiento que los miembros del equipo terapéutico suministren.

f. Entiendo que el servicio prestado es de carácter transitorio y condicionado al cumplimiento de los compromisos adquiridos por cada una de las partes y que la duración del servicio de atención será definida en primera instancia por los la Secretaria de la Mujer e Inclusión Social del municipio de Sogamoso.

g. Yo Jorge Luis Becerra identificado(a) con _____ No 1052,410,161 de Duitama., doy mi consentimiento y acepto de manera libre que se realice la intervención terapéutica requerida. Confirmo que tengo conocimiento de que la información revelada durante el proceso, se mantendrá protegida y en absoluta reserva bajo los parámetros establecidos por la ley 1090 de 2006, y el Manual Bioético y Deontológico de psicología. Entiendo que toda la información concerniente a la evaluación y tratamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro mi integridad física o mental o la de otro miembro de la comunidad. Entiendo que, si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnostico o errores en el desarrollo de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al proceso psicológico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi psicólogo tratante, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar del psicólogo, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior a mi egreso.

h. Con la firma del presente consentimiento informado confirmo el recibido de los elementos kits de aseo personal y el suministro de todo el material e

Scanned with CamScanner

insumos necesarios para comenzar mi proceso de rehabilitación, como también confirmo el recibido de las prendas de vestir y a su vez autorizo a PSIQMED IPS para que me garantice la alimentación necesaria durante el desarrollo de mi tratamiento (desayuno, onces de la mañana, almuerzo, onces de la tarde, cena y onces de la noche).

En concordancia con lo anterior y teniendo claro lo explicado, firmo el presente consentimiento informado a los 14 días del mes de 11 del 2024.

En consecuencia: acepto y firmo lo anteriormente mencionado.

Firma del Paciente: Jorge Luis Becerra.

Número de identificación: 1,052,410,761 de Quitama

Firma del profesional que orienta el ingreso:

Nombre: Margareth Cepeda

Registro de fecha de egreso del programa de rehabilitación: 28/11/24

Firma del profesional que orienta el egreso:

Sonia Marcela Angel Correa.

Nombre: Sonia Marcela Angel

Scanned with CamScanner

ACEPTACIÓN DE SERVICIO DE REHABILITACION

Nosotros los firmantes en concordancia a la Legislación Colombiana y la Ley 23 de 1981, artículo 12, 13 y 14 y a la condición explicativa frente a nuestras firmas, reconocemos:

a. Que luego de ser informado(a) por parte del profesional adscrito a PSIQMED IPS, dando aceptación a los derechos y responsabilidades que me obliga el ser usuario del Programa de Rehabilitación de Adicciones y/o Programa de Rehabilitación en salud mental, reconozco los beneficios y riesgos de los que he sido informado y autorizo a PSIQMED IPS, a realizar el manejo terapéutico de internación, por el personal dispuesto para tal fin.

De la presente autorización se informó a mi grupo familiar y/o red de apoyo cercana, así como se me informo el cumplimento de las condiciones ya explicitas, pertenecientes a programa de rehabilitación de PSIQMED IPS.

b. Me han explicado adecuadamente los beneficios (asesoramiento permanente de los profesionales especializados en el manejo de la patología, para mí y mi familia; acompañamiento en programa de reinserción a la comunidad y manejo bajo modelo educativo basado en evidencia científica), como también los riesgos que se pueden presentar durante el proceso (Evasión o retiro voluntario, caída, hetero agresión, suicidio, muerte, recaída en el consumo de sustancias psicoactivas) todos los riesgos anteriores relacionados con el programa de Rehabilitación en Adicciones y/o de salud mental que presta PSIQMED IPS; de esta manera afirmo que he podido preguntar y despejar las dudas existentes al respecto.

c. Cumpliré estrictamente las instrucciones, tratamientos y recomendaciones dadas por los profesionales tratantes y el equipo terapéutico perteneciente a PSIQMED IPS.

d. Acepto el entrenamiento y la vinculación de mi familia y/o red de apoyo referentes al cuidado y autocuidado y demás recomendaciones necesarias para lograr la rehabilitación y mejorar mi calidad de vida y la de mi familia y/o red de apoyo.

Scanned with CamScanner

e. Acepto participar en el tratamiento dispuesto para mi recuperación por los profesionales tratantes, asumiendo a conciencia la educación y el entrenamiento que los miembros del equipo terapéutico suministren.

f. Entiendo que el servicio prestado es de carácter transitorio y condicionado al cumplimiento de los compromisos adquiridos por cada una de las partes y que la duración del servicio de atención será definida en primera instancia por los la Secretaria de la Mujer e Inclusión Social del municipio de Sogamoso.

g. Yo Dolis Patricia Fonseca. identificado(a) con _____ No 1053594161 de Sogamoso, doy mi consentimiento y acepto de manera libre que se realice la intervención terapéutica requerida. Confirmo que tengo conocimiento de que la información revelada durante el proceso, se mantendrá protegida y en absoluta reserva bajo los parámetros establecidos por la ley 1090 de 2006, y el Manual Bioético y Deontológico de psicología. Entiendo que toda la información concerniente a la evaluación y tratamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro mi integridad física o mental o la de otro miembro de la comunidad. Entiendo que, si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnostico o errores en el desarrollo de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al proceso psicológico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi psicólogo tratante, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar del psicólogo, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior a mi egreso.

h. Con la firma del presente consentimiento informado confirmo el recibido de los elementos kits de aseo personal y el suministro de todo el material e

Scanned with CamScanner

insumos necesarios para comenzar mi proceso de rehabilitación, como también confirmo el recibido de las prendas de vestir y a su vez autorizo a PSIQMED IPS para que me garantice la alimentación necesaria durante el desarrollo de mi tratamiento (desayuno, onces de la mañana, almuerzo, onces de la tarde, cena y onces de la noche).

En concordancia con lo anterior y teniendo claro lo explicado, firmo el presente consentimiento informado a los 14 días del mes de 11 del 2024.

En consecuencia: acepto y firmo lo anteriormente mencionado.

Firma del Paciente: Rubén Cardenas

Número de identificación: 1057594761 de Sogamoso

Firma del profesional que orienta el ingreso:

Nombre: Margareth Cepeda.

Registro de fecha de egreso del programa de rehabilitación: 28/11/24

Firma del profesional que orienta el egreso:

Nombre: Ahmed Rafael Lopez

Scanned with CamScanner

ACEPTACIÓN DE SERVICIO DE REHABILITACION

Nosotros los firmantes en concordancia a la Legislación Colombiana y la Ley 23 de 1981, artículo 12, 13 y 14 y a la condición explicativa frente a nuestras firmas, reconocemos:

a. Que luego de ser informado(a) por parte del profesional adscrito a PSIQMED IPS, dando aceptación a los derechos y responsabilidades que me obliga el ser usuario del Programa de Rehabilitación de Adicciones y/o Programa de Rehabilitación en salud mental, reconozco los beneficios y riesgos de los que he sido informado y autorizo a PSIQMED IPS, a realizar el manejo terapéutico de internación, por el personal dispuesto para tal fin.

De la presente autorización se informó a mi grupo familiar y/o red de apoyo cercana, así como se me informo el cumplimento de las condiciones ya explicitas, pertenecientes a programa de rehabilitación de PSIQMED IPS.

b. Me han explicado adecuadamente los beneficios (asesoramiento permanente de los profesionales especializados en el manejo de la patología, para mí y mi familia; acompañamiento en programa de reinserción a la comunidad y manejo bajo modelo educativo basado en evidencia científica), como también los riesgos que se pueden presentar durante el proceso (Evasión o retiro voluntario, caída, hetero agresión, suicidio, muerte, recaída en el consumo de sustancias psicoactivas) todos los riesgos anteriores relacionados con el programa de Rehabilitación en Adicciones y/o de salud mental que presta PSIQMED IPS; de esta manera afirmo que he podido preguntar y despejar las dudas existentes al respecto.

c. Cumpliré estrictamente las instrucciones, tratamientos y recomendaciones dadas por los profesionales tratantes y el equipo terapéutico perteneciente a PSIQMED IPS.

d. Acepto el entrenamiento y la vinculación de mi familia y/o red de apoyo referentes al cuidado y autocuidado y demás recomendaciones necesarias para lograr la rehabilitación y mejorar mi calidad de vida y la de mi familia y/o red de apoyo.

Scanned with CamScanner

e. Acepto participar en el tratamiento dispuesto para mi recuperación por los profesionales tratantes, asumiendo a conciencia la educación y el entrenamiento que los miembros del equipo terapéutico suministren.

f. Entiendo que el servicio prestado es de carácter transitorio y condicionado al cumplimiento de los compromisos adquiridos por cada una de las partes y que la duración del servicio de atención será definida en primera instancia por los la Secretaria de la Mujer e Inclusión Social del municipio de Sogamoso.

g. Yo Luis Eduardo Espinosa identificado(a) con ____ No 25,203,681 de Venezuela, doy mi consentimiento y acepto de manera libre que se realice la intervención terapéutica requerida. Confirmo que tengo conocimiento de que la información revelada durante el proceso, se mantendrá protegida y en absoluta reserva bajo los parámetros establecidos por la ley 1090 de 2006, y el Manual Bioético y Deontológico de psicología. Entiendo que toda la información concerniente a la evaluación y tratamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro mi integridad física o mental o la de otro miembro de la comunidad. Entiendo que, si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnostico o errores en el desarrollo de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al proceso psicológico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi psicólogo tratante, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar del psicólogo, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior a mi egreso.

h. Con la firma del presente consentimiento informado confirmo el recibido de los elementos kits de aseo personal y el suministro de todo el material e

Scanned with CamScanner

insumos necesarios para comenzar mi proceso de rehabilitación, como también confirmo el recibido de las prendas de vestir y a su vez autorizo a PSIQMED IPS para que me garantice la alimentación necesaria durante el desarrollo de mi tratamiento (desayuno, onces de la mañana, almuerzo, onces de la tarde, cena y onces de la noche).

En concordancia con lo anterior y teniendo claro lo explicado, firmo el presente consentimiento informado a los 14 días del mes de 11 del 2024.

En consecuencia: acepto y firmo lo anteriormente mencionado.

Firma del Paciente: Luis Eduardo Espinosa.

Número de identificación: 25.203.691 de Venezuela

Firma del profesional que orienta el ingreso:

Margareth

Nombre: Margareth Cepeda.

Registro de fecha de egreso del programa de rehabilitación: 21/11/24.

Firma del profesional que orienta el egreso:

Laura Moreno

Nombre: Laura viviana Moreno

Scanned with CamScanner

ACEPTACIÓN DE SERVICIO DE REHABILITACION

Nosotros los firmantes en concordancia a la Legislación Colombiana y la Ley 23 de 1981, artículo 12, 13 y 14 y a la condición explicativa frente a nuestras firmas, reconocemos:

a. Que luego de ser informado(a) por parte del profesional adscrito a PSIQMED IPS, dando aceptación a los derechos y responsabilidades que me obliga el ser usuario del Programa de Rehabilitación de Adicciones y/o Programa de Rehabilitación en salud mental, reconozco los beneficios y riesgos de los que he sido informado y autorizo a PSIQMED IPS, a realizar el manejo terapéutico de internación, por el personal dispuesto para tal fin.

De la presente autorización se informó a mi grupo familiar y/o red de apoyo cercana, así como se me informo el cumplimento de las condiciones ya explicitas, pertenecientes a programa de rehabilitación de PSIQMED IPS.

b. Me han explicado adecuadamente los beneficios (asesoramiento permanente de los profesionales especializados en el manejo de la patología, para mí y mi familia; acompañamiento en programa de reinserción a la comunidad y manejo bajo modelo educativo basado en evidencia científica), como también los riesgos que se pueden presentar durante el proceso (Evasión o retiro voluntario, caída, hetero agresión, suicidio, muerte, recaída en el consumo de sustancias psicoactivas) todos los riesgos anteriores relacionados con el programa de Rehabilitación en Adicciones y/o de salud mental que presta PSIQMED IPS; de esta manera afirmo que he podido preguntar y despejar las dudas existentes al respecto.

c. Cumpliré estrictamente las instrucciones, tratamientos y recomendaciones dadas por los profesionales tratantes y el equipo terapéutico perteneciente a PSIQMED IPS.

d. Acepto el entrenamiento y la vinculación de mi familia y/o red de apoyo referentes al cuidado y autocuidado y demás recomendaciones necesarias para lograr la rehabilitación y mejorar mi calidad de vida y la de mi familia y/o red de apoyo.

Scanned with CamScanner

e. Acepto participar en el tratamiento dispuesto para mi recuperación por los profesionales tratantes, asumiendo a conciencia la educación y el entrenamiento que los miembros del equipo terapéutico suministren.

f. Entiendo que el servicio prestado es de carácter transitorio y condicionado al cumplimiento de los compromisos adquiridos por cada una de las partes y que la duración del servicio de atención será definida en primera instancia por los la Secretaria de la Mujer e Inclusión Social del municipio de Sogamoso.

g. Yo Nelson Alexander Solano identificado(a) con _____ No 26.294.429 de Venezuela, doy mi consentimiento y acepto de manera libre que se realice la intervención terapéutica requerida. Confirmo que tengo conocimiento de que la información revelada durante el proceso, se mantendrá protegida y en absoluta reserva bajo los parámetros establecidos por la ley 1090 de 2006, y el Manual Bioético y Deontológico de psicología. Entiendo que toda la información concerniente a la evaluación y tratamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro mi integridad física o mental o la de otro miembro de la comunidad. Entiendo que, si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnostico o errores en el desarrollo de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al proceso psicológico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi psicólogo tratante, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar del psicólogo, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior a mi egreso.

h. Con la firma del presente consentimiento informado confirmo el recibido de los elementos kits de aseo personal y el suministro de todo el material e

Scanned with CamScanner

insumos necesarios para comenzar mi proceso de rehabilitación, como también confirmo el recibido de las prendas de vestir y a su vez autorizo a PSIQMED IPS para que me garantice la alimentación necesaria durante el desarrollo de mi tratamiento (desayuno, onces de la mañana, almuerzo, onces de la tarde, cena y onces de la noche).

En concordancia con lo anterior y teniendo claro lo explicado, firmo el presente consentimiento informado a los 14 días del mes de 11 del 2024.

En consecuencia: acepto y firmo lo anteriormente mencionado.

Firma del Paciente: Nelson Alexander Solano

Número de identificación: 26,284,429 de Venezuela

Firma del profesional que orienta el ingreso:

Nombre: Maorgareth Cepeda

Registro de fecha de egreso del programa de rehabilitación: 27/11/24

Firma del profesional que orienta el egreso:

Laura Moreno

Nombre: Laura Viviana Moreno

Scanned with CamScanner

ACEPTACIÓN DE SERVICIO DE REHABILITACION

Nosotros los firmantes en concordancia a la Legislación Colombiana y la Ley 23 de 1981, artículo 12, 13 y 14 y a la condición explicativa frente a nuestras firmas, reconocemos:

a. Que luego de ser informado(a) por parte del profesional adscrito a PSIQMED IPS, dando aceptación a los derechos y responsabilidades que me obliga el ser usuario del Programa de Rehabilitación de Adicciones y/o Programa de Rehabilitación en salud mental, reconozco los beneficios y riesgos de los que he sido informado y autorizo a PSIQMED IPS, a realizar el manejo terapéutico de internación, por el personal dispuesto para tal fin.

De la presente autorización se informó a mi grupo familiar y/o red de apoyo cercana, así como se me informo el cumplimento de las condiciones ya explicitas, pertenecientes a programa de rehabilitación de PSIQMED IPS.

b. Me han explicado adecuadamente los beneficios (asesoramiento permanente de los profesionales especializados en el manejo de la patología, para mí y mi familia; acompañamiento en programa de reinserción a la comunidad y manejo bajo modelo educativo basado en evidencia científica), como también los riesgos que se pueden presentar durante el proceso (Evasión o retiro voluntario, caída, hetero agresión, suicidio, muerte, recaída en el consumo de sustancias psicoactivas) todos los riesgos anteriores relacionados con el programa de Rehabilitación en Adicciones y/o de salud mental que presta PSIQMED IPS; de esta manera afirmo que he podido preguntar y despejar las dudas existentes al respecto.

c. Cumpliré estrictamente las instrucciones, tratamientos y recomendaciones dadas por los profesionales tratantes y el equipo terapéutico perteneciente a PSIQMED IPS.

d. Acepto el entrenamiento y la vinculación de mi familia y/o red de apoyo referentes al cuidado y autocuidado y demás recomendaciones necesarias para lograr la rehabilitación y mejorar mi calidad de vida y la de mi familia y/o red de apoyo.

Scanned with CamScanner

e. Acepto participar en el tratamiento dispuesto para mi recuperación por los profesionales tratantes, asumiendo a conciencia la educación y el entrenamiento que los miembros del equipo terapéutico suministren.

f. Entiendo que el servicio prestado es de carácter transitorio y condicionado al cumplimiento de los compromisos adquiridos por cada una de las partes y que la duración del servicio de atención será definida en primera instancia por los la Secretaria de la Mujer e Inclusión Social del municipio de Sogamoso.

g. Yo Ereiker Ramon Diaz identificado(a) con ____ No 24.803.365 de Venezuela, doy mi consentimiento y acepto de manera libre que se realice la intervención terapéutica requerida. Confirmo que tengo conocimiento de que la información revelada durante el proceso, se mantendrá protegida y en absoluta reserva bajo los parámetros establecidos por la ley 1090 de 2006, y el Manual Bioético y Deontológico de psicología. Entiendo que toda la información concerniente a la evaluación y tratamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro mi integridad física o mental o la de otro miembro de la comunidad. Entiendo que, si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnostico o errores en el desarrollo de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al proceso psicológico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi psicólogo tratante, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar del psicólogo, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior a mi egreso.

h. Con la firma del presente consentimiento informado confirmo el recibido de los elementos kits de aseo personal y el suministro de todo el material e

Scanned with CamScanner

insumos necesarios para comenzar mi proceso de rehabilitación, como también confirmo el recibido de las prendas de vestir y a su vez autorizo a PSIQMED IPS para que me garantice la alimentación necesaria durante el desarrollo de mi tratamiento (desayuno, onces de la mañana, almuerzo, onces de la tarde, cena y onces de la noche).

En concordancia con lo anterior y teniendo claro lo explicado, firmo el presente consentimiento informado a los 14 días del mes de 11 del 2024.

En consecuencia: acepto y firmo lo anteriormente mencionado.

Firma del Paciente: Frixem Nunez

Número de identificación: 24.803.505 de Venezuela

Firma del profesional que orienta el ingreso:

Nombre: Margareth Cepeda.

Registro de fecha de egreso del programa de rehabilitación: 26-11-24.

Firma del profesional que orienta el egreso:

Laura Moreno

Nombre: Laura Viviana Moreno

Scanned with CamScanner

ACEPTACIÓN DE SERVICIO DE REHABILITACION

Nosotros los firmantes en concordancia a la Legislación Colombiana y la Ley 23 de 1981, artículo 12, 13 y 14 y a la condición explicativa frente a nuestras firmas, reconocemos:

a. Que luego de ser informado(a) por parte del profesional adscrito a PSIQMED IPS, dando aceptación a los derechos y responsabilidades que me obliga el ser usuario del Programa de Rehabilitación de Adicciones y/o Programa de Rehabilitación en salud mental, reconozco los beneficios y riesgos de los que he sido informado y autorizo a PSIQMED IPS, a realizar el manejo terapéutico de internación, por el personal dispuesto para tal fin.

De la presente autorización se informó a mi grupo familiar y/o red de apoyo cercana, así como se me informo el cumplimento de las condiciones ya explicitas, pertenecientes a programa de rehabilitación de PSIQMED IPS.

b. Me han explicado adecuadamente los beneficios (asesoramiento permanente de los profesionales especializados en el manejo de la patología, para mí y mi familia; acompañamiento en programa de reinserción a la comunidad y manejo bajo modelo educativo basado en evidencia científica), como también los riesgos que se pueden presentar durante el proceso (Evasión o retiro voluntario, caída, hetero agresión, suicidio, muerte, recaída en el consumo de sustancias psicoactivas) todos los riesgos anteriores relacionados con el programa de Rehabilitación en Adicciones y/o de salud mental que presta PSIQMED IPS; de esta manera afirmo que he podido preguntar y despejar las dudas existentes al respecto.

c. Cumpliré estrictamente las instrucciones, tratamientos y recomendaciones dadas por los profesionales tratantes y el equipo terapéutico perteneciente a PSIQMED IPS.

d. Acepto el entrenamiento y la vinculación de mi familia y/o red de apoyo referentes al cuidado y autocuidado y demás recomendaciones necesarias para lograr la rehabilitación y mejorar mi calidad de vida y la de mi familia y/o red de apoyo.

Scanned with CamScanner

e. Acepto participar en el tratamiento dispuesto para mi recuperación por los profesionales tratantes, asumiendo a conciencia la educación y el entrenamiento que los miembros del equipo terapéutico suministren.

f. Entiendo que el servicio prestado es de carácter transitorio y condicionado al cumplimiento de los compromisos adquiridos por cada una de las partes y que la duración del servicio de atención será definida en primera instancia por los la Secretaria de la Mujer e Inclusión Social del municipio de Sogamoso.

g. Yo Luis alfredo estrada identificado(a) con ____ No 25,122,335 de Venezuela, doy mi consentimiento y acepto de manera libre que se realice la intervención terapéutica requerida. Confirmo que tengo conocimiento de que la información revelada durante el proceso, se mantendrá protegida y en absoluta reserva bajo los parámetros establecidos por la ley 1090 de 2006, y el Manual Bioético y Deontológico de psicología. Entiendo que toda la información concerniente a la evaluación y tratamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro mi integridad física o mental o la de otro miembro de la comunidad. Entiendo que, si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnostico o errores en el desarrollo de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al proceso psicológico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi psicólogo tratante, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar del psicólogo, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior a mi egreso.

h. Con la firma del presente consentimiento informado confirmo el recibido de los elementos kits de aseo personal y el suministro de todo el material e

Scanned with CamScanner

insumos necesarios para comenzar mi proceso de rehabilitación, como también confirmo el recibido de las prendas de vestir y a su vez autorizo a PSIQMED IPS para que me garantice la alimentación necesaria durante el desarrollo de mi tratamiento (desayuno, onces de la mañana, almuerzo, onces de la tarde, cena y onces de la noche).

En concordancia con lo anterior y teniendo claro lo explicado, firmo el presente consentimiento informado a los 14 días del mes de 11 del 2024.

En consecuencia: acepto y firmo lo anteriormente mencionado.

Firma del Paciente: _____

Número de identificación: 25.122.335 de Venezuela

Firma del profesional que orienta el ingreso:

_____

Nombre: Margareth Cepeda

Registro de fecha de egreso del programa de rehabilitación: 26-11-24

Firma del profesional que orienta el egreso:

_____

Nombre: Laura Viviana Moreno

Scanned with CamScanner

ACEPTACIÓN DE SERVICIO DE REHABILITACION

Nosotros los firmantes en concordancia a la Legislación Colombiana y la Ley 23 de 1981, artículo 12, 13 y 14 y a la condición explicativa frente a nuestras firmas, reconocemos:

a. Que luego de ser informado(a) por parte del profesional adscrito a PSIQMED IPS, dando aceptación a los derechos y responsabilidades que me obliga el ser usuario del Programa de Rehabilitación de Adicciones y/o Programa de Rehabilitación en salud mental, reconozco los beneficios y riesgos de los que he sido informado y autorizo a PSIQMED IPS, a realizar el manejo terapéutico de internación, por el personal dispuesto para tal fin.

De la presente autorización se informó a mi grupo familiar y/o red de apoyo cercana, así como se me informo el cumplimento de las condiciones ya explicitas, pertenecientes a programa de rehabilitación de PSIQMED IPS.

b. Me han explicado adecuadamente los beneficios (asesoramiento permanente de los profesionales especializados en el manejo de la patología, para mí y mi familia; acompañamiento en programa de reinserción a la comunidad y manejo bajo modelo educativo basado en evidencia científica), como también los riesgos que se pueden presentar durante el proceso (Evasión o retiro voluntario, caída, hetero agresión, suicidio, muerte, recaída en el consumo de sustancias psicoactivas) todos los riesgos anteriores relacionados con el programa de Rehabilitación en Adicciones y/o de salud mental que presta PSIQMED IPS; de esta manera afirmo que he podido preguntar y despejar las dudas existentes al respecto.

c. Cumpliré estrictamente las instrucciones, tratamientos y recomendaciones dadas por los profesionales tratantes y el equipo terapéutico perteneciente a PSIQMED IPS.

d. Acepto el entrenamiento y la vinculación de mi familia y/o red de apoyo referentes al cuidado y autocuidado y demás recomendaciones necesarias para lograr la rehabilitación y mejorar mi calidad de vida y la de mi familia y/o red de apoyo.

Scanned with CamScanner

e. Acepto participar en el tratamiento dispuesto para mi recuperación por los profesionales tratantes, asumiendo a conciencia la educación y el entrenamiento que los miembros del equipo terapéutico suministren.

f. Entiendo que el servicio prestado es de carácter transitorio y condicionado al cumplimiento de los compromisos adquiridos por cada una de las partes y que la duración del servicio de atención será definida en primera instancia por los la Secretaria de la Mujer e Inclusión Social del municipio de Sogamoso.

g. Yo Luisana Literata Vargas identificado(a) con _____ No 28.425.254 de Venezuela, doy mi consentimiento y acepto de manera libre que se realice la intervención terapéutica requerida. Confirmo que tengo conocimiento de que la información revelada durante el proceso, se mantendrá protegida y en absoluta reserva bajo los parámetros establecidos por la ley 1090 de 2006, y el Manual Bioético y Deontológico de psicología. Entiendo que toda la información concerniente a la evaluación y tratamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro mi integridad física o mental o la de otro miembro de la comunidad. Entiendo que, si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnostico o errores en el desarrollo de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al proceso psicológico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi psicólogo tratante, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar del psicólogo, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior a mi egreso.

h. Con la firma del presente consentimiento informado confirmo el recibido de los elementos kits de aseo personal y el suministro de todo el material e

Scanned with CamScanner

insumos necesarios para comenzar mi proceso de rehabilitación, como también confirmo el recibido de las prendas de vestir y a su vez autorizo a PSIQMED IPS para que me garantice la alimentación necesaria durante el desarrollo de mi tratamiento (desayuno, onces de la mañana, almuerzo, onces de la tarde, cena y onces de la noche).

En concordancia con lo anterior y teniendo claro lo explicado, firmo el presente consentimiento informado a los 14 días del mes de 11 del 2024.

En consecuencia: acepto y firmo lo anteriormente mencionado.

Firma del Paciente: Lusana Estefania Vargas

Número de identificación: 28425251 de Venezuela

Firma del profesional que orienta el ingreso:

Nombre: Margareth Cepeda

Registro de fecha de egreso del programa de rehabilitación: 28/11/24

Firma del profesional que orienta el egreso:

Nombre: Ahmed Rafael Lopez

Scanned with CamScanner

ACEPTACIÓN DE SERVICIO DE REHABILITACION

Nosotros los firmantes en concordancia a la Legislación Colombiana y la Ley 23 de 1981, artículo 12, 13 y 14 y a la condición explicativa frente a nuestras firmas, reconocemos:

a. Que luego de ser informado(a) por parte del profesional adscrito a PSIQMED IPS, dando aceptación a los derechos y responsabilidades que me obliga el ser usuario del Programa de Rehabilitación de Adicciones y/o Programa de Rehabilitación en salud mental, reconozco los beneficios y riesgos de los que he sido informado y autorizo a PSIQMED IPS, a realizar el manejo terapéutico de internación, por el personal dispuesto para tal fin.

De la presente autorización se informó a mi grupo familiar y/o red de apoyo cercana, así como se me informo el cumplimento de las condiciones ya explicitas, pertenecientes a programa de rehabilitación de PSIQMED IPS.

b. Me han explicado adecuadamente los beneficios (asesoramiento permanente de los profesionales especializados en el manejo de la patología, para mí y mi familia; acompañamiento en programa de reinserción a la comunidad y manejo bajo modelo educativo basado en evidencia científica), como también los riesgos que se pueden presentar durante el proceso (Evasión o retiro voluntario, caída, hetero agresión, suicidio, muerte, recaída en el consumo de sustancias psicoactivas) todos los riesgos anteriores relacionados con el programa de Rehabilitación en Adicciones y/o de salud mental que presta PSIQMED IPS; de esta manera afirmo que he podido preguntar y despejar las dudas existentes al respecto.

c. Cumpliré estrictamente las instrucciones, tratamientos y recomendaciones dadas por los profesionales tratantes y el equipo terapéutico perteneciente a PSIQMED IPS.

d. Acepto el entrenamiento y la vinculación de mi familia y/o red de apoyo referentes al cuidado y autocuidado y demás recomendaciones necesarias para lograr la rehabilitación y mejorar mi calidad de vida y la de mi familia y/o red de apoyo.

Scanned with CamScanner

e. Acepto participar en el tratamiento dispuesto para mi recuperación por los profesionales tratantes, asumiendo a conciencia la educación y el entrenamiento que los miembros del equipo terapéutico suministren.

f. Entiendo que el servicio prestado es de carácter transitorio y condicionado al cumplimiento de los compromisos adquiridos por cada una de las partes y que la duración del servicio de atención será definida en primera instancia por los la Secretaria de la Mujer e Inclusión Social del municipio de Sogamoso.

g. Yo Luisana Andreina Mora identificado(a) con _____ No 23,674,079 de Venezuela, doy mi consentimiento y acepto de manera libre que se realice la intervención terapéutica requerida. Confirmo que tengo conocimiento de que la información revelada durante el proceso, se mantendrá protegida y en absoluta reserva bajo los parámetros establecidos por la ley 1090 de 2006, y el Manual Bioético y Deontológico de psicología. Entiendo que toda la información concerniente a la evaluación y tratamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro mi integridad física o mental o la de otro miembro de la comunidad. Entiendo que, si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnostico o errores en el desarrollo de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al proceso psicológico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi psicólogo tratante, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar del psicólogo, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior a mi egreso.

h. Con la firma del presente consentimiento informado confirmo el recibido de los elementos kits de aseo personal y el suministro de todo el material e

Scanned with CamScanner

insumos necesarios para comenzar mi proceso de rehabilitación, como también confirmo el recibido de las prendas de vestir y a su vez autorizo a PSIQMED IPS para que me garantice la alimentación necesaria durante el desarrollo de mi tratamiento (desayuno, onces de la mañana, almuerzo, onces de la tarde, cena y onces de la noche).

En concordancia con lo anterior y teniendo claro lo explicado, firmo el presente consentimiento informado a los 14 días del mes de 11 del 2024.

En consecuencia: acepto y firmo lo anteriormente mencionado.

Firma del Paciente: Luis Mora

Número de identificación: 23.674.079 de Venezuela

Firma del profesional que orienta el ingreso:

Nombre: Margareth Cepeda.

Registro de fecha de egreso del programa de rehabilitación: 28/11/24

Firma del profesional que orienta el egreso:

Nombre: Ahmed Rafael Lopez

Scanned with CamScanner

ACEPTACIÓN DE SERVICIO DE REHABILITACION

Nosotros los firmantes en concordancia a la Legislación Colombiana y la Ley 23 de 1981, artículo 12, 13 y 14 y a la condición explicativa frente a nuestras firmas, reconocemos:

a. Que luego de ser informado(a) por parte del profesional adscrito a PSIQMED IPS, dando aceptación a los derechos y responsabilidades que me obliga el ser usuario del Programa de Rehabilitación de Adicciones y/o Programa de Rehabilitación en salud mental, reconozco los beneficios y riesgos de los que he sido informado y autorizo a PSIQMED IPS, a realizar el manejo terapéutico de internación, por el personal dispuesto para tal fin.

De la presente autorización se informó a mi grupo familiar y/o red de apoyo cercana, así como se me informo el cumplimento de las condiciones ya explicitas, pertenecientes a programa de rehabilitación de PSIQMED IPS.

b. Me han explicado adecuadamente los beneficios (asesoramiento permanente de los profesionales especializados en el manejo de la patología, para mí y mi familia; acompañamiento en programa de reinserción a la comunidad y manejo bajo modelo educativo basado en evidencia científica), como también los riesgos que se pueden presentar durante el proceso (Evasión o retiro voluntario, caída, hetero agresión, suicidio, muerte, recaída en el consumo de sustancias psicoactivas) todos los riesgos anteriores relacionados con el programa de Rehabilitación en Adicciones y/o de salud mental que presta PSIQMED IPS; de esta manera afirmo que he podido preguntar y despejar las dudas existentes al respecto.

c. Cumpliré estrictamente las instrucciones, tratamientos y recomendaciones dadas por los profesionales tratantes y el equipo terapéutico perteneciente a PSIQMED IPS.

d. Acepto el entrenamiento y la vinculación de mi familia y/o red de apoyo referentes al cuidado y autocuidado y demás recomendaciones necesarias para lograr la rehabilitación y mejorar mi calidad de vida y la de mi familia y/o red de apoyo.

Scanned with CamScanner

e. Acepto participar en el tratamiento dispuesto para mi recuperación por los profesionales tratantes, asumiendo a conciencia la educación y el entrenamiento que los miembros del equipo terapéutico suministren.

f. Entiendo que el servicio prestado es de carácter transitorio y condicionado al cumplimiento de los compromisos adquiridos por cada una de las partes y que la duración del servicio de atención será definida en primera instancia por los la Secretaria de la Mujer e Inclusión Social del municipio de Sogamoso.

g. Yo Ruth Yoxeinny Ramirez identificado(a) con ____ No 16.192.426 de Venezuela, doy mi consentimiento y acepto de manera libre que se realice la intervención terapéutica requerida. Confirmo que tengo conocimiento de que la información revelada durante el proceso, se mantendrá protegida y en absoluta reserva bajo los parámetros establecidos por la ley 1090 de 2006, y el Manual Bioético y Deontológico de psicología. Entiendo que toda la información concerniente a la evaluación y tratamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro mi integridad física o mental o la de otro miembro de la comunidad. Entiendo que, si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnostico o errores en el desarrollo de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al proceso psicológico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi psicólogo tratante, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar del psicólogo, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior a mi egreso.

h. Con la firma del presente consentimiento informado confirmo el recibido de los elementos kits de aseo personal y el suministro de todo el material e

Scanned with CamScanner

insumos necesarios para comenzar mi proceso de rehabilitación, como también confirmo el recibido de las prendas de vestir y a su vez autorizo a PSIQMED IPS para que me garantice la alimentación necesaria durante el desarrollo de mi tratamiento (desayuno, onces de la mañana, almuerzo, onces de la tarde, cena y onces de la noche).

En concordancia con lo anterior y teniendo claro lo explicado, firmo el presente consentimiento informado a los 14 días del mes de 11. del 2024.

En consecuencia: acepto y firmo lo anteriormente mencionado.

Firma del Paciente: Ruth Ramirez

Número de identificación: 26.192.426 de Venezuela

Firma del profesional que orienta el ingreso:

Nombre: Margareth Cepeda.

Registro de fecha de egreso del programa de rehabilitación: 28/11/24

Firma del profesional que orienta el egreso:

Nombre: Ahmed Rafael Lopez

Scanned with CamScanner

ACEPTACIÓN DE SERVICIO DE REHABILITACION

Nosotros los firmantes en concordancia a la Legislación Colombiana y la Ley 23 de 1981, artículo 12, 13 y 14 y a la condición explicativa frente a nuestras firmas, reconocemos:

a. Que luego de ser informado(a) por parte del profesional adscrito a PSIQMED IPS, dando aceptación a los derechos y responsabilidades que me obliga el ser usuario del Programa de Rehabilitación de Adicciones y/o Programa de Rehabilitación en salud mental, reconozco los beneficios y riesgos de los que he sido informado y autorizo a PSIQMED IPS, a realizar el manejo terapéutico de internación, por el personal dispuesto para tal fin.

De la presente autorización se informó a mi grupo familiar y/o red de apoyo cercana, así como se me informo el cumplimento de las condiciones ya explicitas, pertenecientes a programa de rehabilitación de PSIQMED IPS.

b. Me han explicado adecuadamente los beneficios (asesoramiento permanente de los profesionales especializados en el manejo de la patología, para mí y mi familia; acompañamiento en programa de reinserción a la comunidad y manejo bajo modelo educativo basado en evidencia científica), como también los riesgos que se pueden presentar durante el proceso (Evasión o retiro voluntario, caída, hetero agresión, suicidio, muerte, recaída en el consumo de sustancias psicoactivas) todos los riesgos anteriores relacionados con el programa de Rehabilitación en Adicciones y/o de salud mental que presta PSIQMED IPS; de esta manera afirmo que he podido preguntar y despejar las dudas existentes al respecto.

c. Cumpliré estrictamente las instrucciones, tratamientos y recomendaciones dadas por los profesionales tratantes y el equipo terapéutico perteneciente a PSIQMED IPS.

d. Acepto el entrenamiento y la vinculación de mi familia y/o red de apoyo referentes al cuidado y autocuidado y demás recomendaciones necesarias para lograr la rehabilitación y mejorar mi calidad de vida y la de mi familia y/o red de apoyo.

Scanned with CamScanner

e. Acepto participar en el tratamiento dispuesto para mi recuperación por los profesionales tratantes, asumiendo a conciencia la educación y el entrenamiento que los miembros del equipo terapéutico suministren.

f. Entiendo que el servicio prestado es de carácter transitorio y condicionado al cumplimiento de los compromisos adquiridos por cada una de las partes y que la duración del servicio de atención será definida en primera instancia por los la Secretaria de la Mujer e Inclusión Social del municipio de Sogamoso.

g. Yo Jeison Ricardo Sierra identificado(a) con ____ No 1032402130 de duitama, doy mi consentimiento y acepto de manera libre que se realice la intervención terapéutica requerida. Confirmo que tengo conocimiento de que la información revelada durante el proceso, se mantendrá protegida y en absoluta reserva bajo los parámetros establecidos por la ley 1090 de 2006, y el Manual Bioético y Deontológico de psicología. Entiendo que toda la información concerniente a la evaluación y tratamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro mi integridad física o mental o la de otro miembro de la comunidad. Entiendo que, si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnostico o errores en el desarrollo de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al proceso psicológico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi psicólogo tratante, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar del psicólogo, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior a mi egreso.

h. Con la firma del presente consentimiento informado confirmo el recibido de los elementos kits de aseo personal y el suministro de todo el material e

Scanned with CamScanner

insumos necesarios para comenzar mi proceso de rehabilitación, como también confirmo el recibido de las prendas de vestir y a su vez autorizo a PSIQMED IPS para que me garantice la alimentación necesaria durante el desarrollo de mi tratamiento (desayuno, onces de la mañana, almuerzo, onces de la tarde, cena y onces de la noche).

En concordancia con lo anterior y teniendo claro lo explicado, firmo el presente consentimiento informado a los 16 días del mes de 11 del 2024.

En consecuencia: acepto y firmo lo anteriormente mencionado.

Firma del Paciente: _____

Número de identificación: 1052402130 de duitama

Firma del profesional que orienta el ingreso:

_____

Nombre: Ahmed Rafael Lopez

Registro de fecha de egreso del programa de rehabilitación: 27/11/2024

Firma del profesional que orienta el egreso:

_____

Nombre: Laura viviana moreno

Scanned with CamScanner

ACEPTACIÓN DE SERVICIO DE REHABILITACION

Nosotros los firmantes en concordancia a la Legislación Colombiana y la Ley 23 de 1981, artículo 12, 13 y 14 y a la condición explicativa frente a nuestras firmas, reconocemos:

a. Que luego de ser informado(a) por parte del profesional adscrito a PSIQMED IPS, dando aceptación a los derechos y responsabilidades que me obliga el ser usuario del Programa de Rehabilitación de Adicciones y/o Programa de Rehabilitación en salud mental, reconozco los beneficios y riesgos de los que he sido informado y autorizo a PSIQMED IPS, a realizar el manejo terapéutico de internación, por el personal dispuesto para tal fin.

De la presente autorización se informó a mi grupo familiar y/o red de apoyo cercana, así como se me informo el cumplimento de las condiciones ya explicitas, pertenecientes a programa de rehabilitación de PSIQMED IPS.

b. Me han explicado adecuadamente los beneficios (asesoramiento permanente de los profesionales especializados en el manejo de la patología, para mí y mi familia; acompañamiento en programa de reinserción a la comunidad y manejo bajo modelo educativo basado en evidencia científica), como también los riesgos que se pueden presentar durante el proceso (Evasión o retiro voluntario, caída, hetero agresión, suicidio, muerte, recaída en el consumo de sustancias psicoactivas) todos los riesgos anteriores relacionados con el programa de Rehabilitación en Adicciones y/o de salud mental que presta PSIQMED IPS; de esta manera afirmo que he podido preguntar y despejar las dudas existentes al respecto.

c. Cumpliré estrictamente las instrucciones, tratamientos y recomendaciones dadas por los profesionales tratantes y el equipo terapéutico perteneciente a PSIQMED IPS.

d. Acepto el entrenamiento y la vinculación de mi familia y/o red de apoyo referentes al cuidado y autocuidado y demás recomendaciones necesarias para lograr la rehabilitación y mejorar mi calidad de vida y la de mi familia y/o red de apoyo.

Scanned with CamScanner

e. Acepto participar en el tratamiento dispuesto para mi recuperación por los profesionales tratantes, asumiendo a conciencia la educación y el entrenamiento que los miembros del equipo terapéutico suministren.

f. Entiendo que el servicio prestado es de carácter transitorio y condicionado al cumplimiento de los compromisos adquiridos por cada una de las partes y que la duración del servicio de atención será definida en primera instancia por los la Secretaria de la Mujer e Inclusión Social del municipio de Sogamoso.

g. Yo Heyner Delgado Gonzales identificado(a) con ___ No 74.185.723 de Sogamoso, doy mi consentimiento y acepto de manera libre que se realice la intervención terapéutica requerida. Confirmo que tengo conocimiento de que la información revelada durante el proceso, se mantendrá protegida y en absoluta reserva bajo los parámetros establecidos por la ley 1090 de 2006, y el Manual Bioético y Deontológico de psicología. Entiendo que toda la información concerniente a la evaluación y tratamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro mi integridad física o mental o la de otro miembro de la comunidad. Entiendo que, si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnostico o errores en el desarrollo de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al proceso psicológico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi psicólogo tratante, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar del psicólogo, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior a mi egreso.

h. Con la firma del presente consentimiento informado confirmo el recibido de los elementos kits de aseo personal y el suministro de todo el material e

Scanned with CamScanner

insumos necesarios para comenzar mi proceso de rehabilitación, como también confirmo el recibido de las prendas de vestir y a su vez autorizo a PSIQMED IPS para que me garantice la alimentación necesaria durante el desarrollo de mi tratamiento (desayuno, onces de la mañana, almuerzo, onces de la tarde, cena y onces de la noche).

En concordancia con lo anterior y teniendo claro lo explicado, firmo el presente consentimiento informado a los 16 días del mes de 11 del 2024.

En consecuencia: acepto y firmo lo anteriormente mencionado.

Firma del Paciente: Alexander Delgado

Número de identificación: 74.183.773 de Sogamoso

Firma del profesional que orienta el ingreso:

Nombre: Margareth Cepeda.

Registro de fecha de egreso del programa de rehabilitación: 27/11/24

Firma del profesional que orienta el egreso:

Nombre: Laura Viviana Moreno

Scanned with CamScanner

ACEPTACIÓN DE SERVICIO DE REHABILITACION

Nosotros los firmantes en concordancia a la Legislación Colombiana y la Ley 23 de 1981, artículo 12, 13 y 14 y a la condición explicativa frente a nuestras firmas, reconocemos:

a. Que luego de ser informado(a) por parte del profesional adscrito a PSIQMED IPS, dando aceptación a los derechos y responsabilidades que me obliga el ser usuario del Programa de Rehabilitación de Adicciones y/o Programa de Rehabilitación en salud mental, reconozco los beneficios y riesgos de los que he sido informado y autorizo a PSIQMED IPS, a realizar el manejo terapéutico de internación, por el personal dispuesto para tal fin.

De la presente autorización se informó a mi grupo familiar y/o red de apoyo cercana, así como se me informo el cumplimento de las condiciones ya explicitas, pertenecientes a programa de rehabilitación de PSIQMED IPS.

b. Me han explicado adecuadamente los beneficios (asesoramiento permanente de los profesionales especializados en el manejo de la patología, para mí y mi familia; acompañamiento en programa de reinserción a la comunidad y manejo bajo modelo educativo basado en evidencia científica), como también los riesgos que se pueden presentar durante el proceso (Evasión o retiro voluntario, caída, hetero agresión, suicidio, muerte, recaída en el consumo de sustancias psicoactivas) todos los riesgos anteriores relacionados con el programa de Rehabilitación en Adicciones y/o de salud mental que presta PSIQMED IPS; de esta manera afirmo que he podido preguntar y despejar las dudas existentes al respecto.

c. Cumpliré estrictamente las instrucciones, tratamientos y recomendaciones dadas por los profesionales tratantes y el equipo terapéutico perteneciente a PSIQMED IPS.

d. Acepto el entrenamiento y la vinculación de mi familia y/o red de apoyo referentes al cuidado y autocuidado y demás recomendaciones necesarias para lograr la rehabilitación y mejorar mi calidad de vida y la de mi familia y/o red de apoyo.

Scanned with CamScanner

e. Acepto participar en el tratamiento dispuesto para mi recuperación por los profesionales tratantes, asumiendo a conciencia la educación y el entrenamiento que los miembros del equipo terapéutico suministren.

f. Entiendo que el servicio prestado es de carácter transitorio y condicionado al cumplimiento de los compromisos adquiridos por cada una de las partes y que la duración del servicio de atención será definida en primera instancia por los la Secretaria de la Mujer e Inclusión Social del municipio de Sogamoso.

g. Yo Diego Andres Gomez Ramos identificado(a) con ___ No 1057601249 de Sogamoso, doy mi consentimiento y acepto de manera libre que se realice la intervención terapéutica requerida. Confirmo que tengo conocimiento de que la información revelada durante el proceso, se mantendrá protegida y en absoluta reserva bajo los parámetros establecidos por la ley 1090 de 2006, y el Manual Bioético y Deontológico de psicología. Entiendo que toda la información concerniente a la evaluación y tratamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro mi integridad física o mental o la de otro miembro de la comunidad. Entiendo que, si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnostico o errores en el desarrollo de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al proceso psicológico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi psicólogo tratante, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar del psicólogo, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior a mi egreso.

h. Con la firma del presente consentimiento informado confirmo el recibido de los elementos kits de aseo personal y el suministro de todo el material e

Scanned with CamScanner

insumos necesarios para comenzar mi proceso de rehabilitación, como también confirmo el recibido de las prendas de vestir y a su vez autorizo a PSIQMED IPS para que me garantice la alimentación necesaria durante el desarrollo de mi tratamiento (desayuno, onces de la mañana, almuerzo, onces de la tarde, cena y onces de la noche).

En concordancia con lo anterior y teniendo claro lo explicado, firmo el presente consentimiento informado a los 18 días del mes de 11 del 2024.

En consecuencia: acepto y firmo lo anteriormente mencionado.

Firma del Paciente: Diego Gomez

Número de identificación: 1057601244 de Sogamoso

Firma del profesional que orienta el ingreso:

Laura Moreno

Nombre: Laura viviana moreno

Registro de fecha de egreso del programa de rehabilitación: 02-12-2024

Firma del profesional que orienta el egreso:

Sonia Marcela Angel Sosa.

Nombre: Sonia Angel

Scanned with CamScanner

ACEPTACIÓN DE SERVICIO DE REHABILITACION

Nosotros los firmantes en concordancia a la Legislación Colombiana y la Ley 23 de 1981, artículo 12, 13 y 14 y a la condición explicativa frente a nuestras firmas, reconocemos:

a. Que luego de ser informado(a) por parte del profesional adscrito a PSIQMED IPS, dando aceptación a los derechos y responsabilidades que me obliga el ser usuario del Programa de Rehabilitación de Adicciones y/o Programa de Rehabilitación en salud mental, reconozco los beneficios y riesgos de los que he sido informado y autorizo a PSIQMED IPS, a realizar el manejo terapéutico de internación, por el personal dispuesto para tal fin.

De la presente autorización se informó a mi grupo familiar y/o red de apoyo cercana, así como se me informo el cumplimento de las condiciones ya explicitas, pertenecientes a programa de rehabilitación de PSIQMED IPS.

b. Me han explicado adecuadamente los beneficios (asesoramiento permanente de los profesionales especializados en el manejo de la patología, para mí y mi familia; acompañamiento en programa de reinserción a la comunidad y manejo bajo modelo educativo basado en evidencia científica), como también los riesgos que se pueden presentar durante el proceso (Evasión o retiro voluntario, caída, hetero agresión, suicidio, muerte, recaída en el consumo de sustancias psicoactivas) todos los riesgos anteriores relacionados con el programa de Rehabilitación en Adicciones y/o de salud mental que presta PSIQMED IPS; de esta manera afirmo que he podido preguntar y despejar las dudas existentes al respecto.

c. Cumpliré estrictamente las instrucciones, tratamientos y recomendaciones dadas por los profesionales tratantes y el equipo terapéutico perteneciente a PSIQMED IPS.

d. Acepto el entrenamiento y la vinculación de mi familia y/o red de apoyo referentes al cuidado y autocuidado y demás recomendaciones necesarias para lograr la rehabilitación y mejorar mi calidad de vida y la de mi familia y/o red de apoyo.

Scanned with CamScanner

e. Acepto participar en el tratamiento dispuesto para mi recuperación por los profesionales tratantes, asumiendo a conciencia la educación y el entrenamiento que los miembros del equipo terapéutico suministren.

f. Entiendo que el servicio prestado es de carácter transitorio y condicionado al cumplimiento de los compromisos adquiridos por cada una de las partes y que la duración del servicio de atención será definida en primera instancia por los la Secretaria de la Mujer e Inclusión Social del municipio de Sogamoso.

g. Yo Jenny Viviana Mora Orduz identificado(a) con ____ No 1.057.578.991 de Sogamoso, doy mi consentimiento y acepto de manera libre que se realice la intervención terapéutica requerida. Confirmo que tengo conocimiento de que la información revelada durante el proceso, se mantendrá protegida y en absoluta reserva bajo los parámetros establecidos por la ley 1090 de 2006, y el Manual Bioético y Deontológico de psicología. Entiendo que toda la información concerniente a la evaluación y tratamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro mi integridad física o mental o la de otro miembro de la comunidad. Entiendo que, si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnostico o errores en el desarrollo de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al proceso psicológico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi psicólogo tratante, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar del psicólogo, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior a mi egreso.

h. Con la firma del presente consentimiento informado confirmo el recibido de los elementos kits de aseo personal y el suministro de todo el material e

Scanned with CamScanner

insumos necesarios para comenzar mi proceso de rehabilitación, como también confirmo el recibido de las prendas de vestir y a su vez autorizo a PSIQMED IPS para que me garantice la alimentación necesaria durante el desarrollo de mi tratamiento (desayuno, onces de la mañana, almuerzo, onces de la tarde, cena y onces de la noche).

En concordancia con lo anterior y teniendo claro lo explicado, firmo el presente consentimiento informado a los 28 días del mes de 11 del 2024.

En consecuencia: acepto y firmo lo anteriormente mencionado.

Firma del Paciente: Jenny Marcela Ortiz.

Número de identificación: 1.057.578.991 de Sogamoso

Firma del profesional que orienta el ingreso:

Nombre: Margaveth Cepeda.

Registro de fecha de egreso del programa de rehabilitación:_____

Firma del profesional que orienta el egreso:

Nombre:

Scanned with CamScanner

ACEPTACIÓN DE SERVICIO DE REHABILITACION

Nosotros los firmantes en concordancia a la Legislación Colombiana y la Ley 23 de 1981, artículo 12, 13 y 14 y a la condición explicativa frente a nuestras firmas, reconocemos:

a. Que luego de ser informado(a) por parte del profesional adscrito a PSIQMED IPS, dando aceptación a los derechos y responsabilidades que me obliga el ser usuario del Programa de Rehabilitación de Adicciones y/o Programa de Rehabilitación en salud mental, reconozco los beneficios y riesgos de los que he sido informado y autorizo a PSIQMED IPS, a realizar el manejo terapéutico de internación, por el personal dispuesto para tal fin.

De la presente autorización se informó a mi grupo familiar y/o red de apoyo cercana, así como se me informo el cumplimento de las condiciones ya explicitas, pertenecientes a programa de rehabilitación de PSIQMED IPS.

b. Me han explicado adecuadamente los beneficios (asesoramiento permanente de los profesionales especializados en el manejo de la patología, para mí y mi familia; acompañamiento en programa de reinserción a la comunidad y manejo bajo modelo educativo basado en evidencia científica), como también los riesgos que se pueden presentar durante el proceso (Evasión o retiro voluntario, caída, hetero agresión, suicidio, muerte, recaída en el consumo de sustancias psicoactivas) todos los riesgos anteriores relacionados con el programa de Rehabilitación en Adicciones y/o de salud mental que presta PSIQMED IPS; de esta manera afirmo que he podido preguntar y despejar las dudas existentes al respecto.

c. Cumpliré estrictamente las instrucciones, tratamientos y recomendaciones dadas por los profesionales tratantes y el equipo terapéutico perteneciente a PSIQMED IPS.

d. Acepto el entrenamiento y la vinculación de mi familia y/o red de apoyo referentes al cuidado y autocuidado y demás recomendaciones necesarias para lograr la rehabilitación y mejorar mi calidad de vida y la de mi familia y/o red de apoyo.

Scanned with CamScanner

e. Acepto participar en el tratamiento dispuesto para mi recuperación por los profesionales tratantes, asumiendo a conciencia la educación y el entrenamiento que los miembros del equipo terapéutico suministren.

f. Entiendo que el servicio prestado es de carácter transitorio y condicionado al cumplimiento de los compromisos adquiridos por cada una de las partes y que la duración del servicio de atención será definida en primera instancia por los la Secretaria de la Mujer e Inclusión Social del municipio de Sogamoso.

g. Yo Ronald Edgardo Silva Montaña identificado(a) con ____ No 1057584753 de Sogamoso, doy mi consentimiento y acepto de manera libre que se realice la intervención terapéutica requerida. Confirmo que tengo conocimiento de que la información revelada durante el proceso, se mantendrá protegida y en absoluta reserva bajo los parámetros establecidos por la ley 1090 de 2006, y el Manual Bioético y Deontológico de psicología. Entiendo que toda la información concerniente a la evaluación y tratamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro mi integridad física o mental o la de otro miembro de la comunidad. Entiendo que, si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnostico o errores en el desarrollo de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al proceso psicológico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi psicólogo tratante, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar del psicólogo, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior a mi egreso.

h. Con la firma del presente consentimiento informado confirmo el recibido de los elementos kits de aseo personal y el suministro de todo el material e

Scanned with CamScanner

insumos necesarios para comenzar mi proceso de rehabilitación, como también confirmo el recibido de las prendas de vestir y a su vez autorizo a PSIQMED IPS para que me garantice la alimentación necesaria durante el desarrollo de mi tratamiento (desayuno, onces de la mañana, almuerzo, onces de la tarde, cena y onces de la noche).

En concordancia con lo anterior y teniendo claro lo explicado, firmo el presente consentimiento informado a los 28 días del mes de 11 del 2024.

En consecuencia: acepto y firmo lo anteriormente mencionado.

Firma del Paciente: Ronald E. Silva Mu.

Número de identificación: 1057584753 de Sogamoso

Firma del profesional que orienta el ingreso:

Nombre: Margoveth Cepeda.

Registro de fecha de egreso del programa de rehabilitación: 06/12/24

Firma del profesional que orienta el egreso:

Nombre: Margareth Cepeda

Scanned with CamScanner

ACEPTACIÓN DE SERVICIO DE REHABILITACION

Nosotros los firmantes en concordancia a la Legislación Colombiana y la Ley 23 de 1981, artículo 12, 13 y 14 y a la condición explicativa frente a nuestras firmas, reconocemos:

a. Que luego de ser informado(a) por parte del profesional adscrito a PSIQMED IPS, dando aceptación a los derechos y responsabilidades que me obliga el ser usuario del Programa de Rehabilitación de Adicciones y/o Programa de Rehabilitación en salud mental, reconozco los beneficios y riesgos de los que he sido informado y autorizo a PSIQMED IPS, a realizar el manejo terapéutico de internación, por el personal dispuesto para tal fin.

De la presente autorización se informó a mi grupo familiar y/o red de apoyo cercana, así como se me informo el cumplimento de las condiciones ya explicitas, pertenecientes a programa de rehabilitación de PSIQMED IPS.

b. Me han explicado adecuadamente los beneficios (asesoramiento permanente de los profesionales especializados en el manejo de la patología, para mí y mi familia; acompañamiento en programa de reinserción a la comunidad y manejo bajo modelo educativo basado en evidencia científica), como también los riesgos que se pueden presentar durante el proceso (Evasión o retiro voluntario, caída, hetero agresión, suicidio, muerte, recaída en el consumo de sustancias psicoactivas) todos los riesgos anteriores relacionados con el programa de Rehabilitación en Adicciones y/o de salud mental que presta PSIQMED IPS; de esta manera afirmo que he podido preguntar y despejar las dudas existentes al respecto.

c. Cumpliré estrictamente las instrucciones, tratamientos y recomendaciones dadas por los profesionales tratantes y el equipo terapéutico perteneciente a PSIQMED IPS.

d. Acepto el entrenamiento y la vinculación de mi familia y/o red de apoyo referentes al cuidado y autocuidado y demás recomendaciones necesarias para lograr la rehabilitación y mejorar mi calidad de vida y la de mi familia y/o red de apoyo.

Scanned with CamScanner

e. Acepto participar en el tratamiento dispuesto para mi recuperación por los profesionales tratantes, asumiendo a conciencia la educación y el entrenamiento que los miembros del equipo terapéutico suministren.

f. Entiendo que el servicio prestado es de carácter transitorio y condicionado al cumplimiento de los compromisos adquiridos por cada una de las partes y que la duración del servicio de atención será definida en primera instancia por los la Secretaria de la Mujer e Inclusión Social del municipio de Sogamoso.

g. Yo Juan Sebastian Ojeda Linus identificado(a) con ____ No 1.070.382.679 de Sogamoso, doy mi consentimiento y acepto de manera libre que se realice la intervención terapéutica requerida. Confirmo que tengo conocimiento de que la información revelada durante el proceso, se mantendrá protegida y en absoluta reserva bajo los parámetros establecidos por la ley 1090 de 2006, y el Manual Bioético y Deontológico de psicología. Entiendo que toda la información concerniente a la evaluación y tratamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro mi integridad física o mental o la de otro miembro de la comunidad. Entiendo que, si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnostico o errores en el desarrollo de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al proceso psicológico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi psicólogo tratante, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar del psicólogo, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior a mi egreso.

h. Con la firma del presente consentimiento informado confirmo el recibido de los elementos kits de aseo personal y el suministro de todo el material e

Scanned with CamScanner

insumos necesarios para comenzar mi proceso de rehabilitación, como también confirmo el recibido de las prendas de vestir y a su vez autorizo a PSIQMED IPS para que me garantice la alimentación necesaria durante el desarrollo de mi tratamiento (desayuno, onces de la mañana, almuerzo, onces de la tarde, cena y onces de la noche).

En concordancia con lo anterior y teniendo claro lo explicado, firmo el presente consentimiento informado a los 02 días del mes de 12 del 2024.

En consecuencia: acepto y firmo lo anteriormente mencionado.

Firma del Paciente: Juan Sera

Número de identificación: 1.007.382679 de Sogamoso

Firma del profesional que orienta el ingreso:

Laura Moreno

Nombre: Laura Viviana Moreno

Registro de fecha de egreso del programa de rehabilitación:_____

Firma del profesional que orienta el egreso:

Nombre:

Scanned with CamScanner

22. Presentar Informe final en medio físico y magnético que contenga el informe financiero, contable y técnico de la ejecución de las actividades del contrato y su presupuesto adjuntando los soportes pertinentes en cada caso.

Con el cumplimiento total de las actividades pactadas se presentara un informe final en medio fisico y magnetico que contenga el informe financiero, contable y tecnico de la ejecucion de las actividades del contrato y su presupuesto adjuntando los soportes pertinentes en cada caso.

23. Informar de manera inmediata a la supervisión del contrato, cualquier novedad acerca de la evolución y estado general de los beneficiarios o cualquier circunstancia que afecte la prestación del servicio y ponga en riesgo la integridad física o mental de la población que se encuentra siendo atendida.

Se informa a la supervision del contrato que durante el periodo de ejecucion comprendido entre el 05 de noviembre al 08 de diciembre del año 2024 no se presentaron circunstancias que afectaran la prestacion del servisio o que hayan puesto en riesgo la integridad fisica o mental de la poblacion que se encuentra siendo atendida.

24. Cumplir con el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social del personal que emplee para el desarrollo del contrato de conformidad con la normatividad vigente (art. 50 de la Ley 789 de 2002, 979 del 2003, ley 1150 de 2007, ley 1393 de 2010, ley 1562 de 2012 y concordantes).

Durante la ejecucion del contrato se ha cumplido con el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social del personal que se empleo para el desarrollo del contrato de conformidad con la normatividad vigente (art. 50 de la ley 789 de 2002, 979 del 2003, ley 1150 de 2007, ley 1393 de 2010, ley 1562 de 2012 concordantes.

Javier Ricardo Marquez Orduz.
Gerente Psiqmed IPS
Contratista.

Luz Dary Calderon Olmos
Secretaria de Mujer e Inclusion Social
Supervisora y/o Interventora.

Scanned with CamScanner