ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC
Plan de intervenciones colectivas

La jagua de Ibirico Cesar, 31 de marzo del 2025

Señor
Hernando Gómez Cantillo
Institución Educativa José Guillermo Castro Castro
Rector

Asunto:

Cordial saludo y de manera respetuosa nos dirigimos a usted, de parte del grupo interdisciplinar del plan de intervenciones colestivas (PIC), para solicitarles el espacio para realizar 10 jornadas de educacion para implementar la estrategia "soy hábil soy vida" desde el mes de abril hasta el mes de diciembre del presente año con los estudiantes del grado quinto 02 de la institución educativa Mixta número dos, sede de la institución educativa José Guillermo Castro Castro, de modo que se pueda dar cumplimiento al desarrollo de las actividades propuestas en el plan de intervenciones colectivas (PIC) 2025, orientadas a priorizar acciones a la comunidad del municipio de la Jagua de Ibirico.

A continuacion, menciono las actividades las cuales se quieren desarrollar:

1. Realizar 10 jornadas de educacion para implementar la estrategia "soy hábil soy vida" en una institución educativa del área urbana conforme a los lineamientos departamentales.

Lugar: Institución Educativa Mixta numero dos, sede de la institución educativa José Guillermo Castro, Castro.

Rector
3-04-2025
Autorizado

Gracias por su colaboración y disposición de ayuda.

Monica Rico Barrios
MONICA RICO BARRIOS
Profesional Universitario
Nombre del Eje Estratégico
Atención primaria en salud

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR
MUNICIPIO LA JAGUA DE IBIRICO

PIC
Plan de intervenciones colectivas

ACTA DE EJECUCIÓN

EJE ESTRATÉGICO	Atención Primaria en Salud
ACTIVIDAD N#1	Realizar 10 jornadas de educación para implementar la estrategia "soy hábil soy vida" en una institución educativa del área urbana conforme a los lineamientos departamentales. .
FECHA Y LUGAR DE EJECUCIÓN	**11 De abril 2025**– Zona Urbana, Territorio 5, Micro territorio 12 Barrio El centro, La jagua de Ibirico (IE JOSE GUILLERMO CASTRO CASTRO SEDE MIXTA#2).

POBLACIÓN BENEFICIADA

Género/Sexo:	Femenino: 34	Masculino: 19	LGBTI: 0	TOTAL:53
Población por ciclo vital:	Primera Infancia (0-5):	Infancia (6 -11): 23	Adolescencia (12-17): 3	TOTAL: 53
	Juventud (18-28):3	Adultez (29 - 59):24	Vejez (mayor de 60):	
Grupo Vulnerable:	PCD:	MCH:	Víctimas:	TOTAL:
	Desplazado:	Reinsertado:		
Grupo Étnico:	Indígena:	Afro: 2		TOTAL: 2
OTRO:				

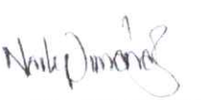
POBLACIÓN OBJETO	Infancia.
RESPONSABLE(S) DE LA ESE	Nerly Karina Jiménez Useche **PSICOLOGA PIC**
ACTOR(ES) SOCIAL(ES)	Angie Paola Caro Peña Docente grado 5
OBJETIVO GENERAL	Potenciar factores protectores individuales y familiares a través del fortalecimiento de habilidades de autoconocimiento y toma de decisiones, en niños y niñas entre 9 y 12 años de edad en infancia del grado quinto de primaria de la institución educativas José Guillermo Castro Castro sede Mixta #2 en el municipio La jagua de ibirico, Cesar.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

En el marco de la implementación de la estrategia **"Soy Hábil, Soy Vida"**, se llevó a cabo la Fase 1 correspondiente al **alistamiento** en la Institución **El José Guillermo Castro Castro sede mixta#2** en el municipio **La jagua de ibirico**. Esta fase tuvo como finalidad preparar las condiciones necesarias para garantizar una ejecución adecuada de la estrategia, enfocada en el bienestar y desarrollo de los niños, niñas y adolescentes beneficiados.

1. **Abogacía con el rector**: Se sostuvo un espacio de articulación con la dirección del plantel educativo, en el cual se socializó el objetivo, enfoque y alcance de la estrategia. Se logró el compromiso institucional para apoyar su desarrollo y facilitar el acceso a los beneficiarios.
2. **Diligenciamiento del formato Excel con la base de datos**: Se recolectó la información de los niños, niñas y adolescentes que participaron en la estrategia, incluyendo datos personales, curso, acudiente responsable y otros elementos necesarios para el seguimiento.
3. **Taller con padres de familia y socialización de la estrategia**: Se desarrolló un taller dirigido a padres y madres de familia con el propósito de reflexionar sobre su rol en la educación, crianza y acompañamiento de sus hijos. A través de una actividad lúdica e integradora, los asistentes compartieron experiencias comunes, fortaleciendo vínculos y generando una red de apoyo mutuo.

	El ejercicio permitió reconocer sentimientos, dudas y desafíos que enfrentan como cuidadores, promoviendo el diálogo y la construcción conjunta de nuevas herramientas para mejorar la relación con sus hijos,Luego, se explicó el contenido de la estrategia, los beneficios esperados y el rol de las familias como agentes clave en el proceso. 4. **Recolección y custodia del consentimiento informado**: Se diligenciaron y firmaron los formatos de consentimiento informado, los cuales fueron entregados por los acudientes de cada menor. Este proceso se desarrolló de acuerdo con las orientaciones establecidas, asegurando que **todos los participantes cuenten con autorización formal para ser incluidos en la estrategia**. Concluida esta fase, se deja constancia de que se cuenta con el respaldo institucional, la base de datos actualizada de beneficiarios y la documentación requerida para dar inicio a las siguientes fases de implementación.
PRODUCTOS QUE VALIDAN LA ACTIVIDAD	• Convocatoria • Acta de ejecución • Planilla de asistencia • Registro fotográfico
CODIGO CUPS:	I11109

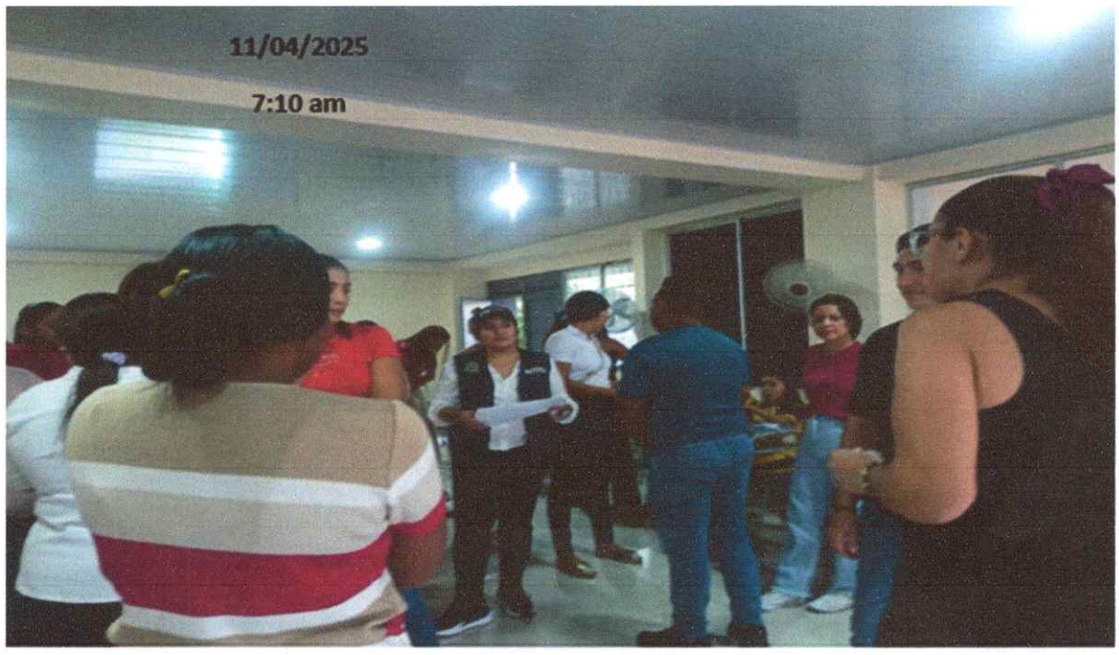
REVISADO POR:	Mónica Rico	**REALIZADO POR:**	Nerly Jiménez Useche
CARGO:	Profesional Universitario	**CARGO:**	Psicóloga
FIRMA:		**FIRMA:**	

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL	**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2025** **REGISTRO FOTOGRAFICO**	PIC Plan de intervenciones colectivas

EJE ESTRATÉGICO: Atención Primaria en Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Realizar 10 jornadas de educación para implementar la estrategia "soy hábil soy vida" en una institución educativa del área urbana conforme a los lineamientos departamentales.





ESE HOSPITAL
JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC
Plan de intervenciones colectivas

PLANILLA DE ASISTENCIA PIC 2025

Fecha: 11-04-25 **Nombre de la actividad:** Realizar 10 jornadas de educacion para implementar la estrategia "Soy habil soy vida" en una institucion educativa del zona urbana conforme a los lineamientos departamentales

Lugar: IE JOSE GUILLERMO CASTRO CASTRO SEDE MIXTA #2 - Grado 5-01JM.

#	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TELEFONO	ENFOQUE DIFERENCIAL																	FIRMA
				SEXO			CICLO VITAL						VULNERABLES					ETNIAS			
				FEMENINO	MASCULINO	EDAD	PRIMERA INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ	PCD	MCH	VICTIMA	DESPLAZADO	REINSERTADO	INDIGENA	AFRO	LGBTI	OTRO	
1	Juan Roman Villa N.	1064[illegible]3568	3158010535		✓	10		✓														Juan Roman Villa Noriega
2	Estefany Noriega	1064709060	3158010535	✓		39					✓								✓			Estefany Noriega J.
3	Hyuncers sanchez	1067727376	323 4166670		✓	10		✓														Hyuncers santiago sanchez sanchez
4	Carlos Andres sanchez	1069722820	3133559035		✓	32					✓											Carlos sanchez
5	Hernando Ramos	12523999	3137739267		✓	45					✓											Hernando Ramos
6	Eiden Penaloza	1064110578	3135557227	✓		35					✓								✓			Eiden Penaloza
7	Maite Juliana T.	1064119194	3135557227	✓		10		✓														Maite juliana triana pe.
8	Marianela Oliveros.	57165472	3216565347	X		38					✓											Marianela Oliveros.
9	Juliana sofia Ramos	106 117 893	3216565343	X		11		✓														M juliana sofia Ramos oliveros
10	Henry José Vásquez	12523616	3135208594		X	47					✓											

PRIMERA INFANCIA: 0-5 AÑOS INFANCIA:6-11AÑOS ADOLESCENCIA: 12-17 AÑOS JUVENTUD: 18-28 AÑOS ADULTEZ: 29-59 AÑOS VEJEZ: MAYORES DE 60 AÑOS PDC: PERSONAS CON DISCAPACIDAD MCH: MUJERES CABEZA DE HOGAR

ESE HOSPITAL
JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC
Plan de intervenciones colectivas

#	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TELEFONO	ENFOQUE DIFERENCIAL																		FIRMA
				SEXO		EDAD	CICLO VITAL						VULNERABLES				REINSERTADO	ETNIAS		LGBTI	OTRO	
				FEMENINO	MASCULINO		PRIMERA INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ	PCD	MCH	VICTIMA	DESPLAZADO		INDIGENA	AFRO			
11	Malia Gabriela	1064119613	3135208594	X		10		X														
12	Lizbeth Pestana	1003122735	3144310233	X		38					X											Lizbeth Pestana Orellano.
13	Shavithucasque	1064118627	3144310233	X		10		X														Shavith sofia casquepestana
14	Dilianeth M.	1065663331	3136910855	X		31					X											Dilianeth Montero
15	Donna Sofia Navarro	1064115826	3136970565	X		12			X													Donna S Navarro.
16	Mayra Tarazona	1064107550	3136094070	X		38					X											
17	Sebastian chaparro	1064107771	3208638446		X	37					X											Jhon Garcia
18	Carlos E ortega	1064112431	3107020777		X	33					X											Contego
19	Hendy Medina	77024691	3042693174	X		47					X											Hendy Medina
20	Helena vibes s.	1064112856	3145587490	X		33					X											Helena V.
21	Yolmerys Diaz	1193222259	3170873290		X	26				X												Yolmerys Diaz
22	Milexi Mercado	1064110279	3107220668	X		38					X											Milexi Mercado
23	Milexdis ustate	1064118600	3107220668	X		10		X														Milexdis ustate
24	Carlos ustate	1064115880	3107220668		X	12			X													Carlos A. ustate
25	Isis Vera	1064119240	3136094070		X	11		X														Isis Vera

ESE HOSPITAL
JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC
Plan de intervenciones colectivas

PRIMERA INFNCIA: 0-5 AÑOS INFANCIA:6-11AÑOS ADOLESCENCIA: 12-17 AÑOS JUVENTUD: 18-28 AÑOS ADULTEZ: 29-59 AÑOS VEJEZ: MAYORES DE 60 AÑOS PDC: PERSONAS CON DISCAPACIDAD MCH: MUJERES CABEZA DE HOGAR

#	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TELEFONO	ENFOQUE DIFERENCIAL																		FIRMA
				SEXO			CICLO VITAL						VULNERABLES						ETNIAS				
				FEMENINO	MASCULINO	EDAD	PRIMERA INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ	PCD	MCH	VICTIMA	DESPLAZADO	REINSERTADO	INDIGENA	AFRO	LGBTI	OTRO	
26	Salome Ramos Castro	1064118618	3137739267	X		10		X														Salome Ramos Castro
27	mariana Reales	1.064.119.786	316 6944445	X		0		X														mariana Reales ochoa Borrero
28	Esteban Reales	1.095.913.302	3113587877		X	37					X											
29	karla ortega	1064119217	310 702 0777	X		10		X														Karla Daniela ortega
30	Andres Mier Rodriguez	1064.119.347	1064119347		X	10		X														Andres Mier Rodriguez
31	Yenith Rodriguez	1096213013	3215706730	X		33					X											
32	Herminia Arrieta	36573902	3126801119	X		40					X											Herminia Arrieta
33	Santiago Parodi	1064748118	3135206541		X	10		X														Santiago Josue parodi
34	Sarah Garavis M.	1064119268	3229442043	X		10		X														Sarah. Garavis M.
35	Marco zuluaga.	1064119149	3188089515		X	12			X													Kevin Marco zuluaga Q.
36	Johan pinto	1064146583	3234851055		X	11		X														Johan sebastian pinto
37	Ana sofia s.	1137074947	3145587490	X		9		X														Ana sofia Sanchez
38	Shanth Michelle	7.724.064.641	3042695174	X		10		X														Shanth Michelle p M.
39	Sherazade perales	1064118955	3126317527	X	1	10		X														sherazade perales polo
40	Jhon heiner C.	1064107778	No tiene		X	40					X											

ESE HOSPITAL
JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC
Plan de intervenciones colectivas

PRIMERA INFNCIA: 0-5 AÑOS INFANCIA:6-11AÑOS ADOLESCENCIA: 12-17 AÑOS JUVENTUD: 18-28 AÑOS ADULTEZ: 29-59 AÑOS VEJEZ: MAYORES DE 60 AÑOS PDC: PERSONAS CON DISCAPACIDAD MCH: MUJERES CABEZA DE HOGAR

#	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TELEFONO	ENFOQUE DIFERENCIAL																	FIRMA
				SEXO		EDAD	CICLO VITAL						VULNERABLES					ETNIAS				
				FEMENINO	MASCULINO		PRIMERA INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ	PCD	MCH	VICTIMA	DESPLAZADO	REINSERTADO	INDIGENA	AFRO	LGBTI	OTRO	
41	Karine Hernandez	1062813606	3233006155	x		36					x											Karine Hernandez
42	Thaily Rios H.	1064119505	3233006155	x		10		x														Thaily Rios
43	Milenys Freile	1064111202	3245647643	x		39					x											
44	Daniel E. P. Freile	1066885278	3245647643		x	10		x														Daniel Perez
45	Rocio Fernández	36572254	3218287589	x		53					x											Rocio
46	Rocio Alejandra M	1064119030	3218287589	x		10		x														Rocio Alejandra maestre
47	Julfren moscote	1064119950	3176873296		x	11		x														Julfren moscote
48	Ines Marquez L.	1891654719	3129442043	x		37					x											
49	Haide Portillo	36572118	3234851055	x		46					x											Haide Portillo
50	Yohana Polo D.	1064706464	3042695174	x		32					x											Yohana
51	ELIANA QUINTERO	32.221.099	No tiene	x		28				x												ELIANA Q.
52	Karen M. Pérez M.	1065576.141	No tiene	x		27				x												Karen Perez
53	Jeronimo Rumos	1064119457	No tiene		x	11		x														Jeronimo Rainos P.
54																						
55																						

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC
Plan de intervenciones colectivas

Formulario de Consentimiento Informado

SOY HÁBIL soy vida



La secretaria de salud municipal de … lo invita a participar en la estrategia de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas **"Soy hábil, soy vida",** su objetivo se centra en potenciar los factores protectores individuales y familiares a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida: Autoconocimiento y toma de decisiones dirigido a niños, niñas y adolescentes entre 9 y 12 años de edad (Infancia y adolescencia) de los grados quinto de primaria en las Instituciones Educativas priorizadas por la secretaria de educación departamental.

Esta estrategia se ejecuta en cuatro fases, para ello, inicialmente se aplicara un pretest y postest antes y después de desarrollar las cinco (5) sesiones de cada componente (Autoconocimiento y Toma de decisiones) para conocer los pre saberes y saberes de los estudiantes, el resultado de las respuesta será analizada para conocer la percepción de cada estudiante sobre los componentes abordados, no se divulgará su nombre ni sus datos personales.

Previo a su ejecución, se aplicará un consentimiento informado donde usted como padre y/o cuidador después de haber leído y comprendido el objetivo de la estrategia, autoriza o no la participación del niño, niña o adolescentes en el desarrollo de cada sesión. Toda la información relacionada con la implementación de la estrategia es de absoluta reserva y las únicas personas y entidad que tendrán acceso a esta información son las encargadas de su desarrollo, por ende se debe garantizar la confidencialidad de la información, por lo cual usted puede tener tranquilidad.
Después de socializada y explicada la estrategia y teniendo claridad de su objetivo, de manera libre y voluntaria Autorizo X No autorizo_____ para que él o la estudiante a mi cargo, nombre completo: Maite Juliana Triana Peñalota, participe X o No participe_____ en el desarrollo de la estrategia como parte del proceso de formación en temas de autoconocimiento y toma de decisiones, así mismo, la divulgación de información como informes, fotografías, videos en las redes o medios oficiales divulgación de la entidad.

Por lo anterior, al firmar este documento estoy confirmando que me han explicado de manera clara el objetivo y los componentes de la estrategia.

Maite Juliana Triana Peñalota — Nombres y apellidos del estudiante

Maite Juliana T. — Firma

TI N° 1064119194

Eilen Karolina Peñaloza M — Nombres y apellidos del padre, madre o acudiente

Eilen Peñaloza — Firma

CC. 1064110578

Ciudad y fecha: La Jagua de Ibirico - 11-04-2025

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC
Plan de intervenciones colectivas

Formulario de Consentimiento Informado

SOY HÁBIL soy vida



La secretaria de salud municipal de … lo invita a participar en la estrategia de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas **"Soy hábil, soy vida",** su objetivo se centra en potenciar los factores protectores individuales y familiares a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida: Autoconocimiento y toma de decisiones dirigido a niños, niñas y adolescentes entre 9 y 12 años de edad (Infancia y adolescencia) de los grados quinto de primaria en las Instituciones Educativas priorizadas por la secretaria de educación departamental.

Esta estrategia se ejecuta en cuatro fases, para ello, inicialmente se aplicara un pretest y postest antes y después de desarrollar las cinco (5) sesiones de cada componente (Autoconocimiento y Toma de decisiones) para conocer los pre saberes y saberes de los estudiantes, el resultado de las respuesta será analizada para conocer la percepción de cada estudiante sobre los componentes abordados, no se divulgará su nombre ni sus datos personales.

Previo a su ejecución, se aplicará un consentimiento informado donde usted como padre y/o cuidador después de haber leído y comprendido el objetivo de la estrategia, autoriza o no la participación del niño, niña o adolescentes en el desarrollo de cada sesión. Toda la información relacionada con la implementación de la estrategia es de absoluta reserva y las únicas personas y entidad que tendrán acceso a esta información son las encargadas de su desarrollo, por ende se debe garantizar la confidencialidad de la información, por lo cual usted puede tener tranquilidad.
Después de socializada y explicada la estrategia y teniendo claridad de su objetivo, de manera libre y voluntaria Autorizo X No autorizo_____ para que él o la estudiante a mi cargo, nombre completo: Salome Ramos castro, participe X o No participe_____ en el desarrollo de la estrategia como parte del proceso de formación en temas de autoconocimiento y toma de decisiones, así mismo, la divulgación de información como informes, fotografías, videos en las redes o medios oficiales divulgación de la entidad.

Por lo anterior, al firmar este documento estoy confirmando que me han explicado de manera clara el objetivo y los componentes de la estrategia.

Salome Ramos castro
Nombres y apellidos del estudiante

Salome R.
Firma

TI N° 1064118 618

Hernando Ramos
Nombres y apellidos del padre, madre o acudiente

Firma

CC. 12523999

Ciudad y fecha: La Jagua de Ibirico 11 de Abril 2025

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC
Plan de intervenciones colectivas

Formulario de Consentimiento Informado

SOY HÁBIL soy Vida



La secretaria de salud municipal de … lo invita a participar en la estrategia de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas **"Soy hábil, soy vida",** su objetivo se centra en potenciar los factores protectores individuales y familiares a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida: Autoconocimiento y toma de decisiones dirigido a niños, niñas y adolescentes entre 9 y 12 años de edad (Infancia y adolescencia) de los grados quinto de primaria en las Instituciones Educativas priorizadas por la secretaria de educación departamental.

Esta estrategia se ejecuta en cuatro fases, para ello, inicialmente se aplicara un pretest y postest antes y después de desarrollar las cinco (5) sesiones de cada componente (Autoconocimiento y Toma de decisiones) para conocer los pre saberes y saberes de los estudiantes, el resultado de las respuesta será analizada para conocer la percepción de cada estudiante sobre los componentes abordados, no se divulgará su nombre ni sus datos personales.

Previo a su ejecución, se aplicará un consentimiento informado donde usted como padre y/o cuidador después de haber leído y comprendido el objetivo de la estrategia, autoriza o no la participación del niño, niña o adolescentes en el desarrollo de cada sesión. Toda la información relacionada con la implementación de la estrategia es de absoluta reserva y las únicas personas y entidad que tendrán acceso a esta información son las encargadas de su desarrollo, por ende se debe garantizar la confidencialidad de la información, por lo cual usted puede tener tranquilidad.
Después de socializada y explicada la estrategia y teniendo claridad de su objetivo, de manera libre y voluntaria Autorizo X No autorizo____ para que él o la estudiante a mi cargo, nombre completo: Hxunceus sanchez sanchez, participe X o No participe_____ en el desarrollo de la estrategia como parte del proceso de formación en temas de autoconocimiento y toma de decisiones, así mismo, la divulgación de información como informes, fotografías, videos en las redes o medios oficiales divulgación de la entidad.

Por lo anterior, al firmar este documento estoy confirmando que me han explicado de manera clara el objetivo y los componentes de la estrategia.

Hyunceus sanchez sanchez — Nombres y apellidos del estudiante

Hyunceus sanchez — Firma

TI N° 1067722376

Carlos Andres Sanchez — Nombres y apellidos del padre, madre o acudiente

Carlos Sanchez — Firma

CC. 1067722820

Ciudad y fecha: La Jagua de Ibirico - 11/04/25

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC
Plan de intervenciones colectivas

Formulario de Consentimiento Informado

SOY HÁBIL soy vida



La secretaria de salud municipal de … lo invita a participar en la estrategia de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas **"Soy hábil, soy vida",** su objetivo se centra en potenciar los factores protectores individuales y familiares a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida: Autoconocimiento y toma de decisiones dirigido a niños, niñas y adolescentes entre 9 y 12 años de edad (Infancia y adolescencia) de los grados quinto de primaria en las Instituciones Educativas priorizadas por la secretaria de educación departamental.

Esta estrategia se ejecuta en cuatro fases, para ello, inicialmente se aplicara un pretest y postest antes y después de desarrollar las cinco (5) sesiones de cada componente (Autoconocimiento y Toma de decisiones) para conocer los pre saberes y saberes de los estudiantes, el resultado de las respuesta será analizada para conocer la percepción de cada estudiante sobre los componentes abordados, no se divulgará su nombre ni sus datos personales.

Previo a su ejecución, se aplicará un consentimiento informado donde usted como padre y/o cuidador después de haber leído y comprendido el objetivo de la estrategia, autoriza o no la participación del niño, niña o adolescentes en el desarrollo de cada sesión. Toda la información relacionada con la implementación de la estrategia es de absoluta reserva y las únicas personas y entidad que tendrán acceso a esta información son las encargadas de su desarrollo, por ende se debe garantizar la confidencialidad de la información, por lo cual usted puede tener tranquilidad.
Después de socializada y explicada la estrategia y teniendo claridad de su objetivo, de manera libre y voluntaria Autorizo X No autorizo____ para que él o la estudiante a mi cargo, nombre completo: Juan Roman Villa Noriega,
participe X o No participe_____ en el desarrollo de la estrategia como parte del proceso de formación en temas de autoconocimiento y toma de decisiones, así mismo, la divulgación de información como informes, fotografías, videos en las redes o medios oficiales divulgación de la entidad.

Por lo anterior, al firmar este documento estoy confirmando que me han explicado de manera clara el objetivo y los componentes de la estrategia.

Juan Roman Villa Noriega — Nombres y apellidos del estudiante

Juan Roman — Firma

TI N° 1064178568

Estefany Noriega Jimenez — Nombres y apellidos del padre, madre o acudiente

Estefany Noriega J. — Firma

CC. 1064109060

Ciudad y fecha: La Jagua de Ibirico 11-04-25

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC
Plan de intervenciones colectivas

Formulario de Consentimiento Informado

SOY HÁBIL soy vida



La secretaria de salud municipal de … lo invita a participar en la estrategia de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas **"Soy hábil, soy vida",** su objetivo se centra en potenciar los factores protectores individuales y familiares a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida: Autoconocimiento y toma de decisiones dirigido a niños, niñas y adolescentes entre 9 y 12 años de edad (Infancia y adolescencia) de los grados quinto de primaria en las Instituciones Educativas priorizadas por la secretaria de educación departamental.

Esta estrategia se ejecuta en cuatro fases, para ello, inicialmente se aplicara un pretest y postest antes y después de desarrollar las cinco (5) sesiones de cada componente (Autoconocimiento y Toma de decisiones) para conocer los pre saberes y saberes de los estudiantes, el resultado de las respuesta será analizada para conocer la percepción de cada estudiante sobre los componentes abordados, no se divulgará su nombre ni sus datos personales.

Previo a su ejecución, se aplicará un consentimiento informado donde usted como padre y/o cuidador después de haber leído y comprendido el objetivo de la estrategia, autoriza o no la participación del niño, niña o adolescentes en el desarrollo de cada sesión. Toda la información relacionada con la implementación de la estrategia es de absoluta reserva y las únicas personas y entidad que tendrán acceso a esta información son las encargadas de su desarrollo, por ende se debe garantizar la confidencialidad de la información, por lo cual usted puede tener tranquilidad.
Después de socializada y explicada la estrategia y teniendo claridad de su objetivo, de manera libre y voluntaria Autorizo X No autorizo_____ para que él o la estudiante a mi cargo, nombre completo: Juliana Sofia Ramos Olivens, participe X o No participe_____ en el desarrollo de la estrategia como parte del proceso de formación en temas de autoconocimiento y toma de decisiones, así mismo, la divulgación de información como informes, fotografías, videos en las redes o medios oficiales divulgación de la entidad.

Por lo anterior, al firmar este documento estoy confirmando que me han explicado de manera clara el objetivo y los componentes de la estrategia.

Juliana Sofia Ramos Olivens
Nombres y apellidos del estudiante

Juliana Sofia
Firma

TI N° 1064117893.

Manuela Olivens Caballero
Nombres y apellidos del padre, madre o acudiente

Manuela
Firma

CC. 57165972

Ciudad y fecha: _____

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC
Plan de intervenciones colectivas

Formulario de Consentimiento Informado

SOY HÁBIL soy vida



La secretaria de salud municipal de … lo invita a participar en la estrategia de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas **"Soy hábil, soy vida",** su objetivo se centra en potenciar los factores protectores individuales y familiares a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida: Autoconocimiento y toma de decisiones dirigido a niños, niñas y adolescentes entre 9 y 12 años de edad (Infancia y adolescencia) de los grados quinto de primaria en las Instituciones Educativas priorizadas por la secretaria de educación departamental.

Esta estrategia se ejecuta en cuatro fases, para ello, inicialmente se aplicara un pretest y postest antes y después de desarrollar las cinco (5) sesiones de cada componente (Autoconocimiento y Toma de decisiones) para conocer los pre saberes y saberes de los estudiantes, el resultado de las respuesta será analizada para conocer la percepción de cada estudiante sobre los componentes abordados, no se divulgará su nombre ni sus datos personales.

Previo a su ejecución, se aplicará un consentimiento informado donde usted como padre y/o cuidador después de haber leído y comprendido el objetivo de la estrategia, autoriza o no la participación del niño, niña o adolescentes en el desarrollo de cada sesión. Toda la información relacionada con la implementación de la estrategia es de absoluta reserva y las únicas personas y entidad que tendrán acceso a esta información son las encargadas de su desarrollo, por ende se debe garantizar la confidencialidad de la información, por lo cual usted puede tener tranquilidad.
Después de socializada y explicada la estrategia y teniendo claridad de su objetivo, de manera libre y voluntaria Autorizo X No autorizo_____ para que él o la estudiante a mi cargo, nombre completo: María Gabriela Vásquez Arrieta, participe X o No participe_____ en el desarrollo de la estrategia como parte del proceso de formación en temas de autoconocimiento y toma de decisiones, así mismo, la divulgación de información como informes, fotografías, videos en las redes o medios oficiales divulgación de la entidad.

Por lo anterior, al firmar este documento estoy confirmando que me han explicado de manera clara el objetivo y los componentes de la estrategia.

María Gabriela Vásquez A.
Nombres y apellidos del estudiante

Firma

TI N° 1064119613

Henry José Vásquez Ospino
Nombres y apellidos del padre, madre o acudiente

Firma

CC. 12523616

Ciudad y fecha: La Jagua 11-04-25

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC
Plan de intervenciones colectivas

Formulario de Consentimiento Informado

SOY HÁBIL soy vida



La secretaria de salud municipal de … lo invita a participar en la estrategia de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas **"Soy hábil, soy vida"**, su objetivo se centra en potenciar los factores protectores individuales y familiares a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida: Autoconocimiento y toma de decisiones dirigido a niños, niñas y adolescentes entre 9 y 12 años de edad (Infancia y adolescencia) de los grados quinto de primaria en las Instituciones Educativas priorizadas por la secretaria de educación departamental.

Esta estrategia se ejecuta en cuatro fases, para ello, inicialmente se aplicara un pretest y postest antes y después de desarrollar las cinco (5) sesiones de cada componente (Autoconocimiento y Toma de decisiones) para conocer los pre saberes y saberes de los estudiantes, el resultado de las respuesta será analizada para conocer la percepción de cada estudiante sobre los componentes abordados, no se divulgará su nombre ni sus datos personales.

Previo a su ejecución, se aplicará un consentimiento informado donde usted como padre y/o cuidador después de haber leído y comprendido el objetivo de la estrategia, autoriza o no la participación del niño, niña o adolescentes en el desarrollo de cada sesión. Toda la información relacionada con la implementación de la estrategia es de absoluta reserva y las únicas personas y entidad que tendrán acceso a esta información son las encargadas de su desarrollo, por ende se debe garantizar la confidencialidad de la información, por lo cual usted puede tener tranquilidad.
Después de socializada y explicada la estrategia y teniendo claridad de su objetivo, de manera libre y voluntaria Autorizo X No autorizo_____ para que él o la estudiante a mi cargo, nombre completo: Sharith Sofia Vasquez Pestana, participe X o No participe_____ en el desarrollo de la estrategia como parte del proceso de formación en temas de autoconocimiento y toma de decisiones, así mismo, la divulgación de información como informes, fotografías, videos en las redes o medios oficiales divulgación de la entidad.

Por lo anterior, al firmar este documento estoy confirmando que me han explicado de manera clara el objetivo y los componentes de la estrategia.

Sharith Sofia Vasquez Pestana — Nombres y apellidos del estudiante

Sharith sofia vasque pesta — Firma

TI N° 1069118627

Lizbeth Pestana Orellano — Nombres y apellidos del padre, madre o acudiente

Lizbeth Pestana O. — Firma

CC. 1003122735.

Ciudad y fecha: La Jagua de Ibirico 11-Abril-2025

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC
Plan de intervenciones colectivas

Formulario de Consentimiento Informado

SOY HÁBIL soy Vida



La secretaria de salud municipal de … lo invita a participar en la estrategia de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas **"Soy hábil, soy vida"**, su objetivo se centra en potenciar los factores protectores individuales y familiares a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida: Autoconocimiento y toma de decisiones dirigido a niños, niñas y adolescentes entre 9 y 12 años de edad (Infancia y adolescencia) de los grados quinto de primaria en las Instituciones Educativas priorizadas por la secretaria de educación departamental.

Esta estrategia se ejecuta en cuatro fases, para ello, inicialmente se aplicara un pretest y postest antes y después de desarrollar las cinco (5) sesiones de cada componente (Autoconocimiento y Toma de decisiones) para conocer los pre saberes y saberes de los estudiantes, el resultado de las respuesta será analizada para conocer la percepción de cada estudiante sobre los componentes abordados, no se divulgará su nombre ni sus datos personales.

Previo a su ejecución, se aplicará un consentimiento informado donde usted como padre y/o cuidador después de haber leído y comprendido el objetivo de la estrategia, autoriza o no la participación del niño, niña o adolescentes en el desarrollo de cada sesión. Toda la información relacionada con la implementación de la estrategia es de absoluta reserva y las únicas personas y entidad que tendrán acceso a esta información son las encargadas de su desarrollo, por ende se debe garantizar la confidencialidad de la información, por lo cual usted puede tener tranquilidad.
Después de socializada y explicada la estrategia y teniendo claridad de su objetivo, de manera libre y voluntaria Autorizo X No autorizo_____ para que él o la estudiante a mi cargo, nombre completo: Danna Sofia Navarro Vergel, participe X o No participe_____ en el desarrollo de la estrategia como parte del proceso de formación en temas de autoconocimiento y toma de decisiones, así mismo, la divulgación de información como informes, fotografías, videos en las redes o medios oficiales divulgación de la entidad.

Por lo anterior, al firmar este documento estoy confirmando que me han explicado de manera clara el objetivo y los componentes de la estrategia.

Danna S. Navarro V — Danna Navarro

Nombres y apellidos del estudiante — Firma

TI N° 1064115826

Dilanath Maestre C. — Dilanath Maestre C.

Nombres y apellidos del padre, madre o acudiente — Firma

CC. 1065663334.

Ciudad y fecha: La Jagua de I 11-04-25

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC
Plan de intervenciones colectivas

Formulario de Consentimiento Informado

SOY HÁBIL soy vida



La secretaria de salud municipal de … lo invita a participar en la estrategia de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas **"Soy hábil, soy vida"**, su objetivo se centra en potenciar los factores protectores individuales y familiares a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida: Autoconocimiento y toma de decisiones dirigido a niños, niñas y adolescentes entre 9 y 12 años de edad (Infancia y adolescencia) de los grados quinto de primaria en las Instituciones Educativas priorizadas por la secretaria de educación departamental.

Esta estrategia se ejecuta en cuatro fases, para ello, inicialmente se aplicara un pretest y postest antes y después de desarrollar las cinco (5) sesiones de cada componente (Autoconocimiento y Toma de decisiones) para conocer los pre saberes y saberes de los estudiantes, el resultado de las respuesta será analizada para conocer la percepción de cada estudiante sobre los componentes abordados, no se divulgará su nombre ni sus datos personales.

Previo a su ejecución, se aplicará un consentimiento informado donde usted como padre y/o cuidador después de haber leído y comprendido el objetivo de la estrategia, autoriza o no la participación del niño, niña o adolescentes en el desarrollo de cada sesión. Toda la información relacionada con la implementación de la estrategia es de absoluta reserva y las únicas personas y entidad que tendrán acceso a esta información son las encargadas de su desarrollo, por ende se debe garantizar la confidencialidad de la información, por lo cual usted puede tener tranquilidad.
Después de socializada y explicada la estrategia y teniendo claridad de su objetivo, de manera libre y voluntaria Autorizo Si No autorizo_____ para que él o la estudiante a mi cargo, nombre completo: Isis Alejandra Vera Tamayo, participe Si o No participe_____ en el desarrollo de la estrategia como parte del proceso de formación en temas de autoconocimiento y toma de decisiones, así mismo, la divulgación de información como informes, fotografías, videos en las redes o medios oficiales divulgación de la entidad.

Por lo anterior, al firmar este documento estoy confirmando que me han explicado de manera clara el objetivo y los componentes de la estrategia.

Isis Alejandra Vera Tamayo — Nombres y apellidos del estudiante

ISIS Vera — Firma

TI N° 1064119240

Mayra A. Tamayo Mejo — Nombres y apellidos del padre, madre o acudiente

Firma

CC. 1064107550

Ciudad y fecha: 11/04/2025

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC
Plan de intervenciones colectivas

Formulario de Consentimiento Informado

SOY HÁBIL soy Vida



La secretaria de salud municipal de … lo invita a participar en la estrategia de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas **"Soy hábil, soy vida"**, su objetivo se centra en potenciar los factores protectores individuales y familiares a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida: Autoconocimiento y toma de decisiones dirigido a niños, niñas y adolescentes entre 9 y 12 años de edad (Infancia y adolescencia) de los grados quinto de primaria en las Instituciones Educativas priorizadas por la secretaria de educación departamental.

Esta estrategia se ejecuta en cuatro fases, para ello, inicialmente se aplicara un pretest y postest antes y después de desarrollar las cinco (5) sesiones de cada componente (Autoconocimiento y Toma de decisiones) para conocer los pre saberes y saberes de los estudiantes, el resultado de las respuesta será analizada para conocer la percepción de cada estudiante sobre los componentes abordados, no se divulgará su nombre ni sus datos personales.

Previo a su ejecución, se aplicará un consentimiento informado donde usted como padre y/o cuidador después de haber leído y comprendido el objetivo de la estrategia, autoriza o no la participación del niño, niña o adolescentes en el desarrollo de cada sesión. Toda la información relacionada con la implementación de la estrategia es de absoluta reserva y las únicas personas y entidad que tendrán acceso a esta información son las encargadas de su desarrollo, por ende se debe garantizar la confidencialidad de la información, por lo cual usted puede tener tranquilidad.
Después de socializada y explicada la estrategia y teniendo claridad de su objetivo, de manera libre y voluntaria Autorizo SI No autorizo____ para que él o la estudiante a mi cargo, nombre completo: Sebastian alberto Carbontes participe SI o No participe_____ en el desarrollo de la estrategia como parte del proceso de formación en temas de autoconocimiento y toma de decisiones, así mismo, la divulgación de información como informes, fotografías, videos en las redes o medios oficiales divulgación de la entidad.

Por lo anterior, al firmar este documento estoy confirmando que me han explicado de manera clara el objetivo y los componentes de la estrategia.

Sebastian Chaperena
Nombres y apellidos del estudiante

Firma

TI N° 1064118202

Jhon Heiner Garcia
Nombres y apellidos del padre, madre o acudiente

Firma

CC. 1064107778

Ciudad y fecha: La Jagua de Ibirico 11-04-25

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC

Plan de intervenciones colectivas

Formulario de Consentimiento Informado

SOY HÁBIL soy vida



La secretaria de salud municipal de … lo invita a participar en la estrategia de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas **"Soy hábil, soy vida"**, su objetivo se centra en potenciar los factores protectores individuales y familiares a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida: Autoconocimiento y toma de decisiones dirigido a niños, niñas y adolescentes entre 9 y 12 años de edad (Infancia y adolescencia) de los grados quinto de primaria en las Instituciones Educativas priorizadas por la secretaria de educación departamental.

Esta estrategia se ejecuta en cuatro fases, para ello, inicialmente se aplicara un pretest y postest antes y después de desarrollar las cinco (5) sesiones de cada componente (Autoconocimiento y Toma de decisiones) para conocer los pre saberes y saberes de los estudiantes, el resultado de las respuesta será analizada para conocer la percepción de cada estudiante sobre los componentes abordados, no se divulgará su nombre ni sus datos personales.

Previo a su ejecución, se aplicará un consentimiento informado donde usted como padre y/o cuidador después de haber leído y comprendido el objetivo de la estrategia, autoriza o no la participación del niño, niña o adolescentes en el desarrollo de cada sesión. Toda la información relacionada con la implementación de la estrategia es de absoluta reserva y las únicas personas y entidad que tendrán acceso a esta información son las encargadas de su desarrollo, por ende se debe garantizar la confidencialidad de la información, por lo cual usted puede tener tranquilidad.
Después de socializada y explicada la estrategia y teniendo claridad de su objetivo, de manera libre y voluntaria Autorizo X No autorizo_____ para que él o la estudiante a mi cargo, nombre completo: Karla daniela ortega orozco, participe X o No participe_____ en el desarrollo de la estrategia como parte del proceso de formación en temas de autoconocimiento y toma de decisiones, así mismo, la divulgación de información como informes, fotografías, videos en las redes o medios oficiales divulgación de la entidad.

Por lo anterior, al firmar este documento estoy confirmando que me han explicado de manera clara el objetivo y los componentes de la estrategia.

Karla daniela ortega orozco — Nombres y apellidos del estudiante

Karla Ortega — Firma

TI N° 1'064 119 217

Carlos ediber ortega quintero — Nombres y apellidos del padre, madre o acudiente

C. ortega. — Firma

CC. 1'064 112 431

Ciudad y fecha: La jagua de Ibirico — 11-04-2025.

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC
Plan de intervenciones colectivas

Formulario de Consentimiento Informado

SOY HÁBIL soy vida



La secretaria de salud municipal de … lo invita a participar en la estrategia de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas **"Soy hábil, soy vida",** su objetivo se centra en potenciar los factores protectores individuales y familiares a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida: Autoconocimiento y toma de decisiones dirigido a niños, niñas y adolescentes entre 9 y 12 años de edad (Infancia y adolescencia) de los grados quinto de primaria en las Instituciones Educativas priorizadas por la secretaria de educación departamental.

Esta estrategia se ejecuta en cuatro fases, para ello, inicialmente se aplicara un pretest y postest antes y después de desarrollar las cinco (5) sesiones de cada componente (Autoconocimiento y Toma de decisiones) para conocer los pre saberes y saberes de los estudiantes, el resultado de las respuesta será analizada para conocer la percepción de cada estudiante sobre los componentes abordados, no se divulgará su nombre ni sus datos personales.

Previo a su ejecución, se aplicará un consentimiento informado donde usted como padre y/o cuidador después de haber leído y comprendido el objetivo de la estrategia, autoriza o no la participación del niño, niña o adolescentes en el desarrollo de cada sesión. Toda la información relacionada con la implementación de la estrategia es de absoluta reserva y las únicas personas y entidad que tendrán acceso a esta información son las encargadas de su desarrollo, por ende se debe garantizar la confidencialidad de la información, por lo cual usted puede tener tranquilidad.
Después de socializada y explicada la estrategia y teniendo claridad de su objetivo, de manera libre y voluntaria Autorizo X, No autorizo ____ para que él o la estudiante a mi cargo, nombre completo: Sharith M. pimienta Medina, participe X o No participe ____ en el desarrollo de la estrategia como parte del proceso de formación en temas de autoconocimiento y toma de decisiones, así mismo, la divulgación de información como informes, fotografías, videos en las redes o medios oficiales divulgación de la entidad.

Por lo anterior, al firmar este documento estoy confirmando que me han explicado de manera clara el objetivo y los componentes de la estrategia.

Sharith M. pimienta M — Nombres y apellidos del estudiante

Sharith Michelle pM. — Firma

TI N° 1.124064 641

Hendy Medina Cuevas — Nombres y apellidos del padre, madre o acudiente

Hendy Medina — Firma

CC. 27-024 691

Ciudad y fecha: La jagua ibirico Abril 11 2025

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC
Plan de intervenciones colectivas

Formulario de Consentimiento Informado

SOY HÁBIL soy vida



La secretaria de salud municipal de … lo invita a participar en la estrategia de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas **"Soy hábil, soy vida"**, su objetivo se centra en potenciar los factores protectores individuales y familiares a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida: Autoconocimiento y toma de decisiones dirigido a niños, niñas y adolescentes entre 9 y 12 años de edad (Infancia y adolescencia) de los grados quinto de primaria en las Instituciones Educativas priorizadas por la secretaria de educación departamental.

Esta estrategia se ejecuta en cuatro fases, para ello, inicialmente se aplicara un pretest y postest antes y después de desarrollar las cinco (5) sesiones de cada componente (Autoconocimiento y Toma de decisiones) para conocer los pre saberes y saberes de los estudiantes, el resultado de las respuesta será analizada para conocer la percepción de cada estudiante sobre los componentes abordados, no se divulgará su nombre ni sus datos personales.

Previo a su ejecución, se aplicará un consentimiento informado donde usted como padre y/o cuidador después de haber leído y comprendido el objetivo de la estrategia, autoriza o no la participación del niño, niña o adolescentes en el desarrollo de cada sesión. Toda la información relacionada con la implementación de la estrategia es de absoluta reserva y las únicas personas y entidad que tendrán acceso a esta información son las encargadas de su desarrollo, por ende se debe garantizar la confidencialidad de la información, por lo cual usted puede tener tranquilidad.
Después de socializada y explicada la estrategia y teniendo claridad de su objetivo, de manera libre y voluntaria Autorizo x No autorizo_____ para que él o la estudiante a mi cargo, nombre completo: Ana Sofia Sanchez Vibay, participe x o No participe_____ en el desarrollo de la estrategia como parte del proceso de formación en temas de autoconocimiento y toma de decisiones, así mismo, la divulgación de información como informes, fotografías, videos en las redes o medios oficiales divulgación de la entidad.

Por lo anterior, al firmar este documento estoy confirmando que me han explicado de manera clara el objetivo y los componentes de la estrategia.

Ana sofia sanchez — Nombres y apellidos del estudiante

Ana Sofia — Firma

TI N° 1137874947

Helena C. Vibay Sierra — Nombres y apellidos del padre, madre o acudiente

Helena V. — Firma

CC. 1064112856

Ciudad y fecha: Lagrajade Ibuico - 11-04-25

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC
Plan de intervenciones colectivas

Formulario de Consentimiento Informado

SOY HÁBIL soy vida



La secretaria de salud municipal de … lo invita a participar en la estrategia de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas **"Soy hábil, soy vida"**, su objetivo se centra en potenciar los factores protectores individuales y familiares a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida: Autoconocimiento y toma de decisiones dirigido a niños, niñas y adolescentes entre 9 y 12 años de edad (Infancia y adolescencia) de los grados quinto de primaria en las Instituciones Educativas priorizadas por la secretaria de educación departamental.

Esta estrategia se ejecuta en cuatro fases, para ello, inicialmente se aplicara un pretest y postest antes y después de desarrollar las cinco (5) sesiones de cada componente (Autoconocimiento y Toma de decisiones) para conocer los pre saberes y saberes de los estudiantes, el resultado de las respuesta será analizada para conocer la percepción de cada estudiante sobre los componentes abordados, no se divulgará su nombre ni sus datos personales.

Previo a su ejecución, se aplicará un consentimiento informado donde usted como padre y/o cuidador después de haber leído y comprendido el objetivo de la estrategia, autoriza o no la participación del niño, niña o adolescentes en el desarrollo de cada sesión. Toda la información relacionada con la implementación de la estrategia es de absoluta reserva y las únicas personas y entidad que tendrán acceso a esta información son las encargadas de su desarrollo, por ende se debe garantizar la confidencialidad de la información, por lo cual usted puede tener tranquilidad.
Después de socializada y explicada la estrategia y teniendo claridad de su objetivo, de manera libre y voluntaria Autorizo X No autorizo_____ para que él o la estudiante a mi cargo, nombre completo: Julfren Andres moscote Diaz, participe X o No participe_____ en el desarrollo de la estrategia como parte del proceso de formación en temas de autoconocimiento y toma de decisiones, así mismo, la divulgación de información como informes, fotografías, videos en las redes o medios oficiales divulgación de la entidad.

Por lo anterior, al firmar este documento estoy confirmando que me han explicado de manera clara el objetivo y los componentes de la estrategia.

Julfren A. Moscote Diaz — Nombres y apellidos del estudiante

Julfren moscote — Firma

TI N° 1064119950

Yolmerys Diaz Avila — Nombres y apellidos del padre, madre o acudiente

Yolmerys D. — Firma

CC. 1193222259

Ciudad y fecha: la Jagua de Ibirico 11-4-25

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC
Plan de intervenciones colectivas

Formulario de Consentimiento Informado

SOY HÁBIL soy vida



La secretaria de salud municipal de … lo invita a participar en la estrategia de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas **"Soy hábil, soy vida"**, su objetivo se centra en potenciar los factores protectores individuales y familiares a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida: Autoconocimiento y toma de decisiones dirigido a niños, niñas y adolescentes entre 9 y 12 años de edad (Infancia y adolescencia) de los grados quinto de primaria en las Instituciones Educativas priorizadas por la secretaria de educación departamental.

Esta estrategia se ejecuta en cuatro fases, para ello, inicialmente se aplicara un pretest y postest antes y después de desarrollar las cinco (5) sesiones de cada componente (Autoconocimiento y Toma de decisiones) para conocer los pre saberes y saberes de los estudiantes, el resultado de las respuesta será analizada para conocer la percepción de cada estudiante sobre los componentes abordados, no se divulgará su nombre ni sus datos personales.

Previo a su ejecución, se aplicará un consentimiento informado donde usted como padre y/o cuidador después de haber leído y comprendido el objetivo de la estrategia, autoriza o no la participación del niño, niña o adolescentes en el desarrollo de cada sesión. Toda la información relacionada con la implementación de la estrategia es de absoluta reserva y las únicas personas y entidad que tendrán acceso a esta información son las encargadas de su desarrollo, por ende se debe garantizar la confidencialidad de la información, por lo cual usted puede tener tranquilidad.
Después de socializada y explicada la estrategia y teniendo claridad de su objetivo, de manera libre y voluntaria Autorizo X No autorizo_____ para que él o la estudiante a mi cargo, nombre completo: Mileydis Sofia Ustate Mercado participe Si o No participe_____ en el desarrollo de la estrategia como parte del proceso de formación en temas de autoconocimiento y toma de decisiones, así mismo, la divulgación de información como informes, fotografías, videos en las redes o medios oficiales divulgación de la entidad.

Por lo anterior, al firmar este documento estoy confirmando que me han explicado de manera clara el objetivo y los componentes de la estrategia.

Mileydis Sofia Ustate M. — Nombres y apellidos del estudiante

Mileydis — Firma

TI N° 1064118600

Milexi Mercado Nieto — Nombres y apellidos del padre, madre o acudiente

Milexi M — Firma

CC. 1064110279

Ciudad y fecha: La Jagua 11-04-25

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC
Plan de intervenciones colectivas

Formulario de Consentimiento Informado

SOY HÁBIL soy Vida



La secretaria de salud municipal de … lo invita a participar en la estrategia de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas **"Soy hábil, soy vida"**, su objetivo se centra en potenciar los factores protectores individuales y familiares a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida: Autoconocimiento y toma de decisiones dirigido a niños, niñas y adolescentes entre 9 y 12 años de edad (Infancia y adolescencia) de los grados quinto de primaria en las Instituciones Educativas priorizadas por la secretaria de educación departamental.

Esta estrategia se ejecuta en cuatro fases, para ello, inicialmente se aplicara un pretest y postest antes y después de desarrollar las cinco (5) sesiones de cada componente (Autoconocimiento y Toma de decisiones) para conocer los pre saberes y saberes de los estudiantes, el resultado de las respuesta será analizada para conocer la percepción de cada estudiante sobre los componentes abordados, no se divulgará su nombre ni sus datos personales.

Previo a su ejecución, se aplicará un consentimiento informado donde usted como padre y/o cuidador después de haber leído y comprendido el objetivo de la estrategia, autoriza o no la participación del niño, niña o adolescentes en el desarrollo de cada sesión. Toda la información relacionada con la implementación de la estrategia es de absoluta reserva y las únicas personas y entidad que tendrán acceso a esta información son las encargadas de su desarrollo, por ende se debe garantizar la confidencialidad de la información, por lo cual usted puede tener tranquilidad.
Después de socializada y explicada la estrategia y teniendo claridad de su objetivo, de manera libre y voluntaria Autorizo X No autorizo____ para que él o la estudiante a mi cargo, nombre completo: Carlos Andres Ustate M., participe Si o No participe_____ en el desarrollo de la estrategia como parte del proceso de formación en temas de autoconocimiento y toma de decisiones, así mismo, la divulgación de información como informes, fotografías, videos en las redes o medios oficiales divulgación de la entidad.

Por lo anterior, al firmar este documento estoy confirmando que me han explicado de manera clara el objetivo y los componentes de la estrategia.

Carlos Andres Ustate M. — Nombres y apellidos del estudiante

Carlos M — Firma

TI N° 1064715880

Milexi Mercado Nieto — Nombres y apellidos del padre, madre o acudiente

Milexi M — Firma

CC. 1064110279

Ciudad y fecha: La Jagua 11/04/25

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC
Plan de intervenciones colectivas

Formulario de Consentimiento Informado

SOY HÁBIL soy Vida



La secretaria de salud municipal de … lo invita a participar en la estrategia de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas **"Soy hábil, soy vida",** su objetivo se centra en potenciar los factores protectores individuales y familiares a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida: Autoconocimiento y toma de decisiones dirigido a niños, niñas y adolescentes entre 9 y 12 años de edad (Infancia y adolescencia) de los grados quinto de primaria en las Instituciones Educativas priorizadas por la secretaria de educación departamental.

Esta estrategia se ejecuta en cuatro fases, para ello, inicialmente se aplicara un pretest y postest antes y después de desarrollar las cinco (5) sesiones de cada componente (Autoconocimiento y Toma de decisiones) para conocer los pre saberes y saberes de los estudiantes, el resultado de las respuesta será analizada para conocer la percepción de cada estudiante sobre los componentes abordados, no se divulgará su nombre ni sus datos personales.

Previo a su ejecución, se aplicará un consentimiento informado donde usted como padre y/o cuidador después de haber leído y comprendido el objetivo de la estrategia, autoriza o no la participación del niño, niña o adolescentes en el desarrollo de cada sesión. Toda la información relacionada con la implementación de la estrategia es de absoluta reserva y las únicas personas y entidad que tendrán acceso a esta información son las encargadas de su desarrollo, por ende se debe garantizar la confidencialidad de la información, por lo cual usted puede tener tranquilidad.
Después de socializada y explicada la estrategia y teniendo claridad de su objetivo, de manera libre y voluntaria Autorizo X No autorizo_____ para que él o la estudiante a mi cargo, nombre completo: Mariana Reales Ochoa., participe X o No participe_____ en el desarrollo de la estrategia como parte del proceso de formación en temas de autoconocimiento y toma de decisiones, así mismo, la divulgación de información como informes, fotografías, videos en las redes o medios oficiales divulgación de la entidad.

Por lo anterior, al firmar este documento estoy confirmando que me han explicado de manera clara el objetivo y los componentes de la estrategia.

Mariana Reales Ochoa — Nombres y apellidos del estudiante

MarianaReales — Firma

TI N° 1.064.119.786

Esteban Javier Reales Diaz — Nombres y apellidos del padre, madre o acudiente

Firma

CC. 1.095.913.302

Ciudad y fecha: La Jagua de Ibirico 11/04/2025

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC
Plan de intervenciones colectivas

Formulario de Consentimiento Informado

SOY HÁBIL soy vida



La secretaria de salud municipal de … lo invita a participar en la estrategia de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas **"Soy hábil, soy vida",** su objetivo se centra en potenciar los factores protectores individuales y familiares a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida: Autoconocimiento y toma de decisiones dirigido a niños, niñas y adolescentes entre 9 y 12 años de edad (Infancia y adolescencia) de los grados quinto de primaria en las Instituciones Educativas priorizadas por la secretaria de educación departamental.

Esta estrategia se ejecuta en cuatro fases, para ello, inicialmente se aplicara un pretest y postest antes y después de desarrollar las cinco (5) sesiones de cada componente (Autoconocimiento y Toma de decisiones) para conocer los pre saberes y saberes de los estudiantes, el resultado de las respuesta será analizada para conocer la percepción de cada estudiante sobre los componentes abordados, no se divulgará su nombre ni sus datos personales.

Previo a su ejecución, se aplicará un consentimiento informado donde usted como padre y/o cuidador después de haber leído y comprendido el objetivo de la estrategia, autoriza o no la participación del niño, niña o adolescentes en el desarrollo de cada sesión. Toda la información relacionada con la implementación de la estrategia es de absoluta reserva y las únicas personas y entidad que tendrán acceso a esta información son las encargadas de su desarrollo, por ende se debe garantizar la confidencialidad de la información, por lo cual usted puede tener tranquilidad.
Después de socializada y explicada la estrategia y teniendo claridad de su objetivo, de manera libre y voluntaria Autorizo X No autorizo ____ para que él o la estudiante a mi cargo, nombre completo: Andres Alejandro Mier Rodriguez, participe X o No participe ____ en el desarrollo de la estrategia como parte del proceso de formación en temas de autoconocimiento y toma de decisiones, así mismo, la divulgación de información como informes, fotografías, videos en las redes o medios oficiales divulgación de la entidad.

Por lo anterior, al firmar este documento estoy confirmando que me han explicado de manera clara el objetivo y los componentes de la estrategia.

Andres Alejandro Mier Rodriguez
Nombres y apellidos del estudiante

Andres Mier Rodriguez
Firma

TI N° 1.064.119.347

Yenilith Rodriguez Polo
Nombres y apellidos del padre, madre o acudiente

Firma

CC. 1.096.215.013

Ciudad y fecha: La Jagua de Ibirico, 11/04/25

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC
Plan de intervenciones colectivas

Formulario de Consentimiento Informado

SOY HÁBIL soy Vida



La secretaria de salud municipal de … lo invita a participar en la estrategia de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas **"Soy hábil, soy vida",** su objetivo se centra en potenciar los factores protectores individuales y familiares a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida: Autoconocimiento y toma de decisiones dirigido a niños, niñas y adolescentes entre 9 y 12 años de edad (Infancia y adolescencia) de los grados quinto de primaria en las Instituciones Educativas priorizadas por la secretaria de educación departamental.

Esta estrategia se ejecuta en cuatro fases, para ello, inicialmente se aplicara un pretest y postest antes y después de desarrollar las cinco (5) sesiones de cada componente (Autoconocimiento y Toma de decisiones) para conocer los pre saberes y saberes de los estudiantes, el resultado de las respuesta será analizada para conocer la percepción de cada estudiante sobre los componentes abordados, no se divulgará su nombre ni sus datos personales.

Previo a su ejecución, se aplicará un consentimiento informado donde usted como padre y/o cuidador después de haber leído y comprendido el objetivo de la estrategia, autoriza o no la participación del niño, niña o adolescentes en el desarrollo de cada sesión. Toda la información relacionada con la implementación de la estrategia es de absoluta reserva y las únicas personas y entidad que tendrán acceso a esta información son las encargadas de su desarrollo, por ende se debe garantizar la confidencialidad de la información, por lo cual usted puede tener tranquilidad.
Después de socializada y explicada la estrategia y teniendo claridad de su objetivo, de manera libre y voluntaria Autorizo X No autorizo_____ para que él o la estudiante a mi cargo, nombre completo: Santiago José V Parodi Vera participe X o No participe_____ en el desarrollo de la estrategia como parte del proceso de formación en temas de autoconocimiento y toma de decisiones, así mismo, la divulgación de información como informes, fotografías, videos en las redes o medios oficiales divulgación de la entidad.

Por lo anterior, al firmar este documento estoy confirmando que me han explicado de manera clara el objetivo y los componentes de la estrategia.

Santiago José Parodi V. — Nombres y apellidos del estudiante

Santiago vera — Firma

TI N° 1064118748

Herminia Prieto — Nombres y apellidos del padre, madre o acudiente

Firma

CC. 36573982

Ciudad y fecha: la Jagua de Ibirico 11-Abril-025

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC
Plan de intervenciones colectivas

Formulario de Consentimiento Informado

SOY HÁBIL soy Vida



La secretaria de salud municipal de … lo invita a participar en la estrategia de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas **"Soy hábil, soy vida"**, su objetivo se centra en potenciar los factores protectores individuales y familiares a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida: Autoconocimiento y toma de decisiones dirigido a niños, niñas y adolescentes entre 9 y 12 años de edad (Infancia y adolescencia) de los grados quinto de primaria en las Instituciones Educativas priorizadas por la secretaria de educación departamental.

Esta estrategia se ejecuta en cuatro fases, para ello, inicialmente se aplicara un pretest y postest antes y después de desarrollar las cinco (5) sesiones de cada componente (Autoconocimiento y Toma de decisiones) para conocer los pre saberes y saberes de los estudiantes, el resultado de las respuesta será analizada para conocer la percepción de cada estudiante sobre los componentes abordados, no se divulgará su nombre ni sus datos personales.

Previo a su ejecución, se aplicará un consentimiento informado donde usted como padre y/o cuidador después de haber leído y comprendido el objetivo de la estrategia, autoriza o no la participación del niño, niña o adolescentes en el desarrollo de cada sesión. Toda la información relacionada con la implementación de la estrategia es de absoluta reserva y las únicas personas y entidad que tendrán acceso a esta información son las encargadas de su desarrollo, por ende se debe garantizar la confidencialidad de la información, por lo cual usted puede tener tranquilidad.
Después de socializada y explicada la estrategia y teniendo claridad de su objetivo, de manera libre y voluntaria Autorizo X No autorizo_____ para que él o la estudiante a mi cargo, nombre completo: Sarah Garavis Márquez, participe X o No participe_____ en el desarrollo de la estrategia como parte del proceso de formación en temas de autoconocimiento y toma de decisiones, así mismo, la divulgación de información como informes, fotografías, videos en las redes o medios oficiales divulgación de la entidad.

Por lo anterior, al firmar este documento estoy confirmando que me han explicado de manera clara el objetivo y los componentes de la estrategia.

Sarah Garavis Márquez
Nombres y apellidos del estudiante

Sarah Garavis M.
Firma

TI N° 1064.119.268

Inès Yadiris Márquez León
Nombres y apellidos del padre, madre o acudiente

Firma

CC. 1091654714 de Ocaña N.S

Ciudad y fecha: La Jagua de Ibirico, 11 de abril de 2025.

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC
Plan de intervenciones colectivas

Formulario de Consentimiento Informado

SOY HÁBIL soy Vida



La secretaria de salud municipal de … lo invita a participar en la estrategia de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas **"Soy hábil, soy vida",** su objetivo se centra en potenciar los factores protectores individuales y familiares a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida: Autoconocimiento y toma de decisiones dirigido a niños, niñas y adolescentes entre 9 y 12 años de edad (Infancia y adolescencia) de los grados quinto de primaria en las Instituciones Educativas priorizadas por la secretaria de educación departamental.

Esta estrategia se ejecuta en cuatro fases, para ello, inicialmente se aplicara un pretest y postest antes y después de desarrollar las cinco (5) sesiones de cada componente (Autoconocimiento y Toma de decisiones) para conocer los pre saberes y saberes de los estudiantes, el resultado de las respuesta será analizada para conocer la percepción de cada estudiante sobre los componentes abordados, no se divulgará su nombre ni sus datos personales.

Previo a su ejecución, se aplicará un consentimiento informado donde usted como padre y/o cuidador después de haber leído y comprendido el objetivo de la estrategia, autoriza o no la participación del niño, niña o adolescentes en el desarrollo de cada sesión. Toda la información relacionada con la implementación de la estrategia es de absoluta reserva y las únicas personas y entidad que tendrán acceso a esta información son las encargadas de su desarrollo, por ende se debe garantizar la confidencialidad de la información, por lo cual usted puede tener tranquilidad.
Después de socializada y explicada la estrategia y teniendo claridad de su objetivo, de manera libre y voluntaria Autorizo V No autorizo_____ para que él o la estudiante a mi cargo, nombre completo: Johan sebastian pinto, participe V o No participe_____ en el desarrollo de la estrategia como parte del proceso de formación en temas de autoconocimiento y toma de decisiones, así mismo, la divulgación de información como informes, fotografías, videos en las redes o medios oficiales divulgación de la entidad.

Por lo anterior, al firmar este documento estoy confirmando que me han explicado de manera clara el objetivo y los componentes de la estrategia.

Johan sebastian pinto — Nombres y apellidos del estudiante

Johan Pinto — Firma

TI N° 1064116583

Aide Portillo — Nombres y apellidos del padre, madre o acudiente

Haide Portillo — Firma

CC. 36 572 118

Ciudad y fecha: 11-04-25 Lagaga I.

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC
Plan de intervenciones colectivas

Formulario de Consentimiento Informado

SOY HÁBIL soy vida



La secretaria de salud municipal de … lo invita a participar en la estrategia de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas **"Soy hábil, soy vida",** su objetivo se centra en potenciar los factores protectores individuales y familiares a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida: Autoconocimiento y toma de decisiones dirigido a niños, niñas y adolescentes entre 9 y 12 años de edad (Infancia y adolescencia) de los grados quinto de primaria en las Instituciones Educativas priorizadas por la secretaria de educación departamental.

Esta estrategia se ejecuta en cuatro fases, para ello, inicialmente se aplicara un pretest y postest antes y después de desarrollar las cinco (5) sesiones de cada componente (Autoconocimiento y Toma de decisiones) para conocer los pre saberes y saberes de los estudiantes, el resultado de las respuesta será analizada para conocer la percepción de cada estudiante sobre los componentes abordados, no se divulgará su nombre ni sus datos personales.

Previo a su ejecución, se aplicará un consentimiento informado donde usted como padre y/o cuidador después de haber leído y comprendido el objetivo de la estrategia, autoriza o no la participación del niño, niña o adolescentes en el desarrollo de cada sesión. Toda la información relacionada con la implementación de la estrategia es de absoluta reserva y las únicas personas y entidad que tendrán acceso a esta información son las encargadas de su desarrollo, por ende se debe garantizar la confidencialidad de la información, por lo cual usted puede tener tranquilidad.
Después de socializada y explicada la estrategia y teniendo claridad de su objetivo, de manera libre y voluntaria Autorizo ✓ No autorizo ____ para que él o la estudiante a mi cargo, nombre completo: Sherazade perales polo, participe ✓ o No participe ____ en el desarrollo de la estrategia como parte del proceso de formación en temas de autoconocimiento y toma de decisiones, así mismo, la divulgación de información como informes, fotografías, videos en las redes o medios oficiales divulgación de la entidad.

Por lo anterior, al firmar este documento estoy confirmando que me han explicado de manera clara el objetivo y los componentes de la estrategia.

Sherazade perales polo — Nombres y apellidos del estudiante

Sherazade — Firma

TI N° 1064 118 955

Yohana Polo Ditta — Nombres y apellidos del padre, madre o acudiente

Yohana — Firma

CC. 1064 786 464

Ciudad y fecha: Valledupar 11-04-2025

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC
Plan de intervenciones colectivas

Formulario de Consentimiento Informado

SOY HÁBIL soy Vida



La secretaria de salud municipal de … lo invita a participar en la estrategia de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas **"Soy hábil, soy vida"**, su objetivo se centra en potenciar los factores protectores individuales y familiares a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida: Autoconocimiento y toma de decisiones dirigido a niños, niñas y adolescentes entre 9 y 12 años de edad (Infancia y adolescencia) de los grados quinto de primaria en las Instituciones Educativas priorizadas por la secretaria de educación departamental.

Esta estrategia se ejecuta en cuatro fases, para ello, inicialmente se aplicara un pretest y postest antes y después de desarrollar las cinco (5) sesiones de cada componente (Autoconocimiento y Toma de decisiones) para conocer los pre saberes y saberes de los estudiantes, el resultado de las respuesta será analizada para conocer la percepción de cada estudiante sobre los componentes abordados, no se divulgará su nombre ni sus datos personales.

Previo a su ejecución, se aplicará un consentimiento informado donde usted como padre y/o cuidador después de haber leído y comprendido el objetivo de la estrategia, autoriza o no la participación del niño, niña o adolescentes en el desarrollo de cada sesión. Toda la información relacionada con la implementación de la estrategia es de absoluta reserva y las únicas personas y entidad que tendrán acceso a esta información son las encargadas de su desarrollo, por ende se debe garantizar la confidencialidad de la información, por lo cual usted puede tener tranquilidad.
Después de socializada y explicada la estrategia y teniendo claridad de su objetivo, de manera libre y voluntaria Autorizo X No autorizo ____ para que él o la estudiante a mi cargo, nombre completo: Thaily Juliana Rios Hernandez, participe X o No participe ____ en el desarrollo de la estrategia como parte del proceso de formación en temas de autoconocimiento y toma de decisiones, así mismo, la divulgación de información como informes, fotografías, videos en las redes o medios oficiales divulgación de la entidad.

Por lo anterior, al firmar este documento estoy confirmando que me han explicado de manera clara el objetivo y los componentes de la estrategia.

Thaily Juliana Rios
Nombres y apellidos del estudiante

Thaily Rios
Firma

TI N° 1064119505

Kanine Hernandez
Nombres y apellidos del padre, madre o acudiente

Kanine Hernandez
Firma

CC. 1062813606

Ciudad y fecha: 11 Abril 2025

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC
Plan de intervenciones colectivas

Formulario de Consentimiento Informado

SOY HÁBIL soy Vida



La secretaria de salud municipal de … lo invita a participar en la estrategia de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas **"Soy hábil, soy vida",** su objetivo se centra en potenciar los factores protectores individuales y familiares a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida: Autoconocimiento y toma de decisiones dirigido a niños, niñas y adolescentes entre 9 y 12 años de edad (Infancia y adolescencia) de los grados quinto de primaria en las Instituciones Educativas priorizadas por la secretaria de educación departamental.

Esta estrategia se ejecuta en cuatro fases, para ello, inicialmente se aplicara un pretest y postest antes y después de desarrollar las cinco (5) sesiones de cada componente (Autoconocimiento y Toma de decisiones) para conocer los pre saberes y saberes de los estudiantes, el resultado de las respuesta será analizada para conocer la percepción de cada estudiante sobre los componentes abordados, no se divulgará su nombre ni sus datos personales.

Previo a su ejecución, se aplicará un consentimiento informado donde usted como padre y/o cuidador después de haber leído y comprendido el objetivo de la estrategia, autoriza o no la participación del niño, niña o adolescentes en el desarrollo de cada sesión. Toda la información relacionada con la implementación de la estrategia es de absoluta reserva y las únicas personas y entidad que tendrán acceso a esta información son las encargadas de su desarrollo, por ende se debe garantizar la confidencialidad de la información, por lo cual usted puede tener tranquilidad.
Después de socializada y explicada la estrategia y teniendo claridad de su objetivo, de manera libre y voluntaria Autorizo X No autorizo_____ para que él o la estudiante a mi cargo, nombre completo: Daniel Eduardo perez Freile, participe X o No participe_____ en el desarrollo de la estrategia como parte del proceso de formación en temas de autoconocimiento y toma de decisiones, así mismo, la divulgación de información como informes, fotografías, videos en las redes o medios oficiales divulgación de la entidad.

Por lo anterior, al firmar este documento estoy confirmando que me han explicado de manera clara el objetivo y los componentes de la estrategia.

Daniel E. perez Freile — Nombres y apellidos del estudiante

Daniel Perez — Firma

TI N° 1.066.885218

Milena Freile — Nombres y apellidos del padre, madre o acudiente

Firma

CC. 1064111202

Ciudad y fecha: la jagua 11 abril 2025

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC
Plan de intervenciones colectivas

Formulario de Consentimiento Informado

SOY HÁBIL soy Vida



La secretaria de salud municipal de … lo invita a participar en la estrategia de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas **"Soy hábil, soy vida",** su objetivo se centra en potenciar los factores protectores individuales y familiares a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida: Autoconocimiento y toma de decisiones dirigido a niños, niñas y adolescentes entre 9 y 12 años de edad (Infancia y adolescencia) de los grados quinto de primaria en las Instituciones Educativas priorizadas por la secretaria de educación departamental.

Esta estrategia se ejecuta en cuatro fases, para ello, inicialmente se aplicara un pretest y postest antes y después de desarrollar las cinco (5) sesiones de cada componente (Autoconocimiento y Toma de decisiones) para conocer los pre saberes y saberes de los estudiantes, el resultado de las respuesta será analizada para conocer la percepción de cada estudiante sobre los componentes abordados, no se divulgará su nombre ni sus datos personales.

Previo a su ejecución, se aplicará un consentimiento informado donde usted como padre y/o cuidador después de haber leído y comprendido el objetivo de la estrategia, autoriza o no la participación del niño, niña o adolescentes en el desarrollo de cada sesión. Toda la información relacionada con la implementación de la estrategia es de absoluta reserva y las únicas personas y entidad que tendrán acceso a esta información son las encargadas de su desarrollo, por ende se debe garantizar la confidencialidad de la información, por lo cual usted puede tener tranquilidad.
Después de socializada y explicada la estrategia y teniendo claridad de su objetivo, de manera libre y voluntaria Autorizo X No autorizo_____ para que él o la estudiante a mi cargo, nombre completo: Rocio Alejandra Maestre, participe X o No participe_____ en el desarrollo de la estrategia como parte del proceso de formación en temas de autoconocimiento y toma de decisiones, así mismo, la divulgación de información como informes, fotografías, videos en las redes o medios oficiales divulgación de la entidad.

Por lo anterior, al firmar este documento estoy confirmando que me han explicado de manera clara el objetivo y los componentes de la estrategia.

Rocio Alejandra Maestre
Nombres y apellidos del estudiante

Rocio Alejandra
Firma

TI N° 1064119030

C.C. 36572257 Dosw I
Nombres y apellidos del padre, madre o acudiente
CC. Rocio Fernández Alcendra

Rocio Fernández
Firma

Ciudad y fecha: 11-04-2025

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC
Plan de intervenciones colectivas

Formulario de Consentimiento Informado

SOY HÁBIL soy vida



La secretaria de salud municipal de … lo invita a participar en la estrategia de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas **"Soy hábil, soy vida",** su objetivo se centra en potenciar los factores protectores individuales y familiares a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida: Autoconocimiento y toma de decisiones dirigido a niños, niñas y adolescentes entre 9 y 12 años de edad (Infancia y adolescencia) de los grados quinto de primaria en las Instituciones Educativas priorizadas por la secretaria de educación departamental.

Esta estrategia se ejecuta en cuatro fases, para ello, inicialmente se aplicara un pretest y postest antes y después de desarrollar las cinco (5) sesiones de cada componente (Autoconocimiento y Toma de decisiones) para conocer los pre saberes y saberes de los estudiantes, el resultado de las respuesta será analizada para conocer la percepción de cada estudiante sobre los componentes abordados, no se divulgará su nombre ni sus datos personales.

Previo a su ejecución, se aplicará un consentimiento informado donde usted como padre y/o cuidador después de haber leído y comprendido el objetivo de la estrategia, autoriza o no la participación del niño, niña o adolescentes en el desarrollo de cada sesión. Toda la información relacionada con la implementación de la estrategia es de absoluta reserva y las únicas personas y entidad que tendrán acceso a esta información son las encargadas de su desarrollo, por ende se debe garantizar la confidencialidad de la información, por lo cual usted puede tener tranquilidad.
Después de socializada y explicada la estrategia y teniendo claridad de su objetivo, de manera libre y voluntaria Autorizo X No autorizo_____ para que él o la estudiante a mi cargo, nombre completo: Kevin Mateo Zuluaga Quintero, participe X o No participe_____ en el desarrollo de la estrategia como parte del proceso de formación en temas de autoconocimiento y toma de decisiones, así mismo, la divulgación de información como informes, fotografías, videos en las redes o medios oficiales divulgación de la entidad.

Por lo anterior, al firmar este documento estoy confirmando que me han explicado de manera clara el objetivo y los componentes de la estrategia.

Kevin Mateo Zuluaga Q.
Nombres y apellidos del estudiante

Zuluaga...
Firma

TI N° 1064.119.149

Eliana Alexandra Quintero
Nombres y apellidos del padre, madre o acudiente

Eliana Q.
Firma

CC. 32.221.099.

Ciudad y fecha: 11- abril- 2025.

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PIC
Plan de intervenciones colectivas

Formulario de Consentimiento Informado

SOY HÁBIL soy vida



La secretaria de salud municipal de … lo invita a participar en la estrategia de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas **"Soy hábil, soy vida"**, su objetivo se centra en potenciar los factores protectores individuales y familiares a través del fortalecimiento de las habilidades para la vida: Autoconocimiento y toma de decisiones dirigido a niños, niñas y adolescentes entre 9 y 12 años de edad (Infancia y adolescencia) de los grados quinto de primaria en las Instituciones Educativas priorizadas por la secretaria de educación departamental.

Esta estrategia se ejecuta en cuatro fases, para ello, inicialmente se aplicara un pretest y postest antes y después de desarrollar las cinco (5) sesiones de cada componente (Autoconocimiento y Toma de decisiones) para conocer los pre saberes y saberes de los estudiantes, el resultado de las respuesta será analizada para conocer la percepción de cada estudiante sobre los componentes abordados, no se divulgará su nombre ni sus datos personales.

Previo a su ejecución, se aplicará un consentimiento informado donde usted como padre y/o cuidador después de haber leído y comprendido el objetivo de la estrategia, autoriza o no la participación del niño, niña o adolescentes en el desarrollo de cada sesión. Toda la información relacionada con la implementación de la estrategia es de absoluta reserva y las únicas personas y entidad que tendrán acceso a esta información son las encargadas de su desarrollo, por ende se debe garantizar la confidencialidad de la información, por lo cual usted puede tener tranquilidad.
Después de socializada y explicada la estrategia y teniendo claridad de su objetivo, de manera libre y voluntaria Autorizo X No autorizo ____ para que él/la estudiante a mi cargo, nombre completo: Jeronimo Ramos Pérez, participe X o No participe ____ en el desarrollo de la estrategia como parte del proceso de formación en temas de autoconocimiento y toma de decisiones, así mismo, la divulgación de información como informes, fotografías, videos en las redes o medios oficiales divulgación de la entidad.

Por lo anterior, al firmar este documento estoy confirmando que me han explicado de manera clara el objetivo y los componentes de la estrategia.

Jeronimo Ramos Pérez
Nombres y apellidos del estudiante

Jeronimo Ramos Pérez
Firma

TI N° 1.064.119.457

Karen M Pérez Mendoza
Nombres y apellidos del padre, madre o acudiente

Karen M Pérez M
Firma

CC. 1.065.576.141

Ciudad y fecha: La Paz de Ibanco 11-04-25