FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Belalcázar 06-05-2025

Yo, ISMAEL A. PIEDRAHITA. identificado con CC 9955222 en calidad de representante legal del menor YESICA PIEDRAHITA identificado con RC/TI 1.053.804.955 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR.

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR. Que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma Ismael A Piedrahita
Cédula 9955222
Teléfono de contacto 3146293157

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Belalcázar 09-05-2025

Yo, IRMA UREGO G. identificado con CC 24528946. en calidad de representante legal del menor Luz Adriana Perez identificado con RC/TI 1057757430 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR.

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR. Que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma IRMA UREGO G
Cédula 24528946.
Teléfono de contacto 3112389548

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Belalcazar 06-05-2025

Yo, Andrea Bedoya 24528678 en calidad de representante legal del menor Juliana Jaramillo Bedoya identificado con RC/TI 1056642432 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR.

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR. Que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma Andrea Bedoya
Cédula 24528678
Teléfono de contacto 320 399 6850

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Belalcázar 07-05-2025

Yo, Lina María Agudelo. 1057757142. en calidad de representante legal del menor Ana Valeria Correa A. identificado con RC/TI 1090275891 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR.

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR. Que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma: Lina Agudelo.
Cédula: 1057757142.
Teléfono de contacto: 3183291505

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Consentimiento Informado para la Participación de Menores de Edad - Estrategias PIC**	

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Belalcázar 07-05-2025

Yo, Daria Teresa Lopez **identificado con CC** 24527697 **en calidad de representante legal del menor** Samuel Chacua identificado con RC/TI 1053807616 **en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR.**

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR. Que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma Daria Teresa Lopez
Cédula 24527697
Teléfono de contacto 3122420955

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Consentimiento Informado para la Participación de Menores de Edad - Estrategias PIC**	

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Belalcazar 09-05-2025

Yo, Omaira Henao Acevedo identificado con CC 24527946 en calidad de representante legal del menor Jose Miguel Correa Henao identificado con RC/TI 1060536463 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR.

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR. Que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma Omaira Henao Acevedo
Cédula 24527946
Teléfono de contacto 3116856840

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Belalcázar 08-05-2025

Yo, Leidy Yohana Roman identificado con CC 1.057757859 en calidad de representante legal del menor Laura Sofia Morales Roman identificado con RC/TI 1056642514 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR.

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR. Que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma Leidy Roman
Cédula 1057757859
Teléfono de contacto 3216997305 - 3206553904

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Consentimiento Informado para la Participación de Menores de Edad - Estrategias PIC**	

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Belalcazar 07-05-2025

Yo, olga clemencia Jimenez Morales identificado con CC 25081860 en calidad de representante legal del menor Laura Nayith Bedoya Jimenez identificado con RC/TI 1116795105 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR.

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR. Que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma olga Jimenez
Cédula 25081860
Teléfono de contacto 3005031093

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Consentimiento Informado para la Participación de Menores de Edad - Estrategias PIC**	

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Belalcazar - 06-05-2025

Yo Leidy Melchor identificado con CC 24529769. en calidad de representante legal del menor Isabela Sofia Melchor identificado con RC/TI 1077757890. en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR.

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR. Que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma
Cédula 24529769.
Teléfono de contacto 3122691963

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Belalcazar 07-05-2025

Yo, Paula Andrea Gomez Calle identificado con CC 1088243997 en calidad de representante legal del menor Mateo Benitez Gomez identificado con RC/TI 1056.124.745 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR.

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR. Que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma
Cédula 1088243997
Teléfono de contacto 3105200833

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Belalcazar 08-05-2025

Yo, Elizabeth García leal identificado con CC 1057756438 en calidad de representante legal del menor Sergio estiven Cano García identificado con RC/TI 1142577191 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR.

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR. Que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma Elizabeth García
Cédula 1057756438
Teléfono de contacto 3206971477

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Belalcazar 09-05-2025

Yo, Mana Cristina Moncada identificado con CC 40.692104 en calidad de representante legal del menor Yan Carlos Polania identificado con RC/TI 1.117.816.716 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR.

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR. Que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma Cristina Moncada
Cédula 40.692.104
Teléfono de contacto 314 732 1924

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Consentimiento Informado para la Participación de Menores de Edad - Estrategias PIC**	

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Belalcazar 06-05-2025

Yo, Dora Elena Atehortua Arcila identificado con CC 24.529.428 en calidad de representante legal del menor Yeferson Angel Atehortua identificado con RC/TI 1'057.757.888 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR.

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR. Que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma Dora Elena Atehortua A
Cédula 24'529.428
Teléfono de contacto 3114088129

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Consentimiento Informado para la Participación de Menores de Edad - Estrategias PIC**	

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Belalcazar 08-05-2025

Yo, José Raimundo Velasquez Izada identificado con CC 4383527 en calidad de representante legal del menor Maria Valentina Velasquez Otalvaro identificado con RC/TI 1056642987 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR.

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR. Que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma José Raimundo Velasquez
Cédula 4383527
Teléfono de contacto 3205107506

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Consentimiento Informado para la Participación de Menores de Edad - Estrategias PIC**	

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Belalcazar 07-05-2025

Yo, Nubia Yaneth León identificado con CC 65010464 en calidad de representante legal del menor Faysory León identificado con RC/TI 1056042457 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR.

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR. Que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma Nubia Yaneth León
Cédula 65010464
Teléfono de contacto 3148782071

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Belalcazar / Caldas 09-05-2025

Yo, Blanca Yaneth Hernandez identificado con CC 1057757219 en calidad de representante legal del menor Maria alejandra hernandez identificado con RC/TI 1057787841 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR.

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR. Que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma Yaneth Hernandez
Cédula 1057757219
Teléfono de contacto 3213726129

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Belalcazar 06-05-2025

Yo, Olga Grajales B. identificado con CC 24.540293 en calidad de representante legal del menor Jerónimo Grajales Gallego identificado con RC/TI 1057757702 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR.

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR. Que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma Olga Grajales B.
Cédula 24.540.293
Teléfono de contacto 3133446136

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Belalcazar 08-05-2025

Yo, Claudia Patricia Gutierrez identificado con CC 24528906 en calidad de representante legal del menor Maria Angelica Jimenez identificado con RC/TI 1088830942 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR.

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR. Que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma Claudia Gutierrez
Cédula 24528906
Teléfono de contacto 3127943259

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Belalcazar 09-05-2025

Yo, Johana Andrea Silva Garcia identificado con CC 1088236470, en calidad de representante legal del menor Santiago Garzon Silva identificado con RC/TI 1085719063, en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR.

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR. Que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma
Cédula 1088.236.470
Teléfono de contacto 3128905134.

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Belalcazar 09-05-2025

Yo, Johana Andrea Silva Garcia identificado con CC 1088.236.470 en calidad de representante legal del menor Emanuel Garzon Silva identificado con RC/TI 1058201700 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR.

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR. Que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma
Cédula 1088.236.470 de Pereira.
Teléfono de contacto 3128905134.

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Belalcazar 07-05-2025

Yo, Maribel Restrepo Palacio identificado con CC 38756392 en calidad de representante legal del menor Sara Nicol Tobar Restrepo identificado con RC/TI 1115575893 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR.

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR. Que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma Maribel Restrepo Palacio
Cédula 38756392
Teléfono de contacto 3103764435

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Consentimiento Informado para la Participación de Menores de Edad - Estrategias PIC**	

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Belalcazar, 08-05-2025

Yo, María Orfely Benitez H identificado con CC 1077163476 en calidad de representante legal del menor Angi Alejandra Jiménez identificado con RC/TI 1015189.010 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR.

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR. Que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma María Orfely Benitez
Cédula 1077163476
Teléfono de contacto 3228186276

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Belalcazar 07-05-2025

Yo, Angela Yuliana Puerta identificado con CC 24688597 en calidad de representante legal del menor Valeria Bedoya Puerta identificado con RC/TI 1053808342 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR.

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR. Que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma Angela Puerta
Cédula 24688597
Teléfono de contacto 3158023428

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Belalcazar 08-05-2025

Yo, Lina Monica Agudelo identificado con CC 1057757142. en calidad de representante legal del menor Ana Sofia Correa Agudelo identificado con RC/TI 1090275892. en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR.

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR. Que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma Lina Agudelo
Cédula 1057757142.
Teléfono de contacto 3183291585.

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Consentimiento Informado para la Participación de Menores de Edad - Estrategias PIC**	

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Belalcazar 07-05-2025

Yo, Yesica Tatiana Carvajal Gallego identificado con CC 1002730973. en calidad de representante legal del menor Pamela Carvajal Gallego identificado con RC/TI 1137061880 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR.

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR. Que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma
Cédula 1002730973
Teléfono de contacto 3116721931

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Consentimiento Informado para la Participación de Menores de Edad - Estrategias PIC**	

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Belalcazar 09-05-2025

Yo, Hector Dario Restrepo Palacio identificado con CC 98450990 en calidad de representante legal del menor Yoison Restrepo Henao identificado con RC/TI 1030100403 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR.

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por la E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELALCÁZAR. Que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma Hector D Restrepo P.
Cédula 98450990
Teléfono de contacto 3147344959