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

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda, 13 de agosto de 2025

Yo, Luz Mery Mann Machado identificado con CC 1059785767 en calidad de representante legal del menor Jhoan Andres Grajales Mann identificado con RC/TI 1088304567 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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE
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 Luz Mery Mann Machado
Cédula 1059785767
Teléfono de contacto 3144137429

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

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda, 13 de agosto de 2025

Yo, Ivon Adriana Toro identificado con CC 25081477 en calidad de representante legal del menor Isaura Valoja Toro identificado con RC/TI 1056126230 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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE
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 25081477
Teléfono de contacto 3126585011

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

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda, 13 de agosto de 2025

Yo, Isabel Cristina Cuervo Jaramillo identificado con CC 33945402 en calidad de representante legal del menor Andres Camilo Pavo Cuervo identificado con RC/TI 1060010612 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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE
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 Isabel Cristina Cuervo
Cédula 33945402
Teléfono de contacto 3225513232

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

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda, 13 de agosto de 2025

Yo, Paula Andrea Olveras Moncada identificado con CC 24559196 en calidad de representante legal del menor Daniel Yeray Juarez Olveras identificado con RC/TI 1054810449 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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE
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 Paula Andrea Olveras Moncada
Cédula 24559196
Teléfono de contacto 3212074605

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

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda, 13 de agosto de 2025

Yo, María Fernanda Valencia Taborda identificado con CC 1059784845 en calidad de representante legal del menor Stefania Flores Valencia identificado con RC/TI 1110047017 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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE
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 MARIA FERNANDA VALENCIA
Cédula 1059784845
Teléfono de contacto 3112616169

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

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda, 13 de agosto de 2025

Yo, Dora luz Palacio Castro identificado con CC 43717219 en calidad de representante legal del menor Ferney Felipe Jimenez Palacio identificado con RC/TI 1060010591 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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE
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 luz Palacio Castro
Cédula 43717219
Teléfono de contacto 3112096110

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

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda, 13 de agosto de 2025

Yo, Diana Marcela Soto Espinoza identificado con CC 1059785916 en calidad de representante legal del menor Danna Valentina Duque Soto identificado con RC/TI 1060010727 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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE
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 Diana Mª Soto Espinoza
Cédula 1059785916
Teléfono de contacto 3113131459

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

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda, 13 de agosto de 2025

Yo, María Damaris Colorado identificado con CC 28928735 en calidad de representante legal del menor José Alexander Gomez Colorado identificado con RC/TI 1060010609 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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE
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: Mª Damaris Colorado
Cédula: 28928735
Teléfono de contacto: 3109838070

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

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda, 13 de agosto de 2025

Yo, Astrid Yoneidi Muñoz Rodas identificado con CC 1002593781 en calidad de representante legal del menor Jacobo Ortiz Muñoz identificado con RC/TI 1058078840 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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE
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 ASTRID Y MUÑOZ RODAS
Cédula 1002593781
Teléfono de contacto 3113648873

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

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda, 13 de agosto de 2025

Yo, Deissy Yuliedh Espinosa Lema identificado con CC 1059784223 en calidad de representante legal del menor Juan Manuel Zapata Espinosa identificado con RC/TI 1060010737 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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE
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 Deissy yuliedh Espinosa
Cédula 1059784223
Teléfono de contacto 3024026627

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

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda, 13 de agosto de 2025

Yo, Paula Cristina Mejia Giraldo identificado con CC 1045967362 en calidad de representante legal del menor Juan Esteban Marin Mejia identificado con RC/TI 1029306440 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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE
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 Paula Cristina Mejia
Cédula 1045967362
Teléfono de contacto 3192449609

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

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda, 13 de agosto de 2025

Yo, Luz Ensueño Martinez Castañeda identificado con CC 25081576 en calidad de representante legal del menor María Valentina Valencia Martinez identificado con RC/TI 1127354071 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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE
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 Luz Ensueño Martinez C
Cédula 25081576
Teléfono de contacto 3162866487

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

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda, 13 de agosto de 2025

Yo, Flor Magnolia Gutierrez Ramirez identificado con CC 46647434 en calidad de representante legal del menor John Jairo Gualtero Gutierrez identificado con RC/TI 1111459566) 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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE
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 Flor Magnolia Gutierrez Ramirez
Cédula 46647434
Teléfono de contacto 3223427641

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

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda, 13 de agosto de 2025

Yo, Ana María Pulgarín González identificado con CC 1059785626 en calidad de representante legal del menor Sofía Echeverri Pulgarín identificado con RC/TI 1060010717 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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE
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 ANA MARIA PULGARIN G
Cédula 1059785626
Teléfono de contacto 3108945987

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

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda, 13 de agosto de 2025

Yo, María Liliana Montoya Lopez identificado con CC 33945351 en calidad de representante legal del menor Brahian Valencia Montoya identificado con RC/TI 1059785688 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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE
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 Liliana Montoya Lopez
Cédula 33945351
Teléfono de contacto 314 547 4119

Territorial	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**	HSR

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

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda, 13 de agosto de 2025

Yo, Gladys Elena Cañola Mejia identificado con CC 1039759448 en calidad de representante legal del menor Imar Belancur Cañola identificado con RC/TI 1040201629 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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE
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 Gladys Elena Cañola
Cédula 1039759448
Teléfono de contacto 3218545524

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

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda, 13 de agosto de 2025

Yo, Martha Isabel Toro Rendon identificado con CC 33945222 en calidad de representante legal del menor Emiliano Gutierrez Toro identificado con RC/TI 1089612811 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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE
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 Martha Isabel Toro Rendon
Cédula 33945222
Teléfono de contacto 3128859122

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

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda, 13 de agosto de 2025

Yo, Claudia Patricia Agudelo Ocampo identificado con CC 1059785827 en calidad de representante legal del menor Jhon Jirvon Posada Agudelo identificado con RC/TI 1060010589 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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE
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 P. Ocampo
Cédula 1059785817
Teléfono de contacto 3174166512

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

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda, 13 de agosto de 2025

Yo, Mily Jhoana Loaiza Ramirez identificado con CC 38945428 en calidad de representante legal del menor Jean Paul Zamora Loaiza identificado con RC/TI 1060010676 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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

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 el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE
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 Mily Jhoana Loaiza Ramirez
Cédula 38945428
Teléfono de contacto 3148602246