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 **Autorizar Proceso de Intervención e Información a Terceros**	E.S.E Hospital san José

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Shirley Martinez Alvarez identificado(a) con documento de identidad N° 1113122940 de Bonterra Caldas y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en enfermeria, Dayana Garcia Restrepo de la ESE Hospital San Jose, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermeria, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermera dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Viterbo, el día 12 del mes de marzo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Dayana Garcia R
Firma Profesional

Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Alejandra María Villada García identificado(a) con documento de identidad N° 1527497315 de Uribia Caldas, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en enfermería, Dayana García de la ESE Hospital San José, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermería, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermería dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario, siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Uribia, el día 12 del mes de marzo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Dayana García R.
Firma Profesional

Alejandra María Villada García
Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Natalia Guevara identificado(a) con documento de identidad N° 1002944482 de Viterbo Caldas, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en enfermería, Dayana García Restrepo de la ESE Hospital San José, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermería, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermera dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la Institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Viterbo, el día 12 del mes de marzo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Dayana García R.
Firma Profesional

Natalia Guevara
Firma Usuario

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 **Autorizar Proceso de Intervención e Información a Terceros**	E.S.E Hospital san José

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Lyseth Viviana Rivera G identificado(a) con documento de identidad N° 05135827 de Viterbo Caldas, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en enfermeria, Dayana Garcia Restrepo de la ESE Hospital San José de Viterbo, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermera, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermera dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Viterbo, el día 12 del mes de marzo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Dayana Garcia R.
Firma Profesional

1060660617
Firma Usuario

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 **Autorizar Proceso de Intervención e Información a Terceros**	E.S.E Hospital san José

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Dayana Juliet Cifuentes Zuleta identificado(a) con documento de identidad N° 1055750291 de Viterbo Caldas, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en enfermeria, Dayana Garcia Restrepo de la ESE Hospital San Jose, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermeria, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermera dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Viterbo, el día 12 del mes de marzo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Dayana Garcia R.
Firma Profesional

Dayana Zuleta
Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Mariana Franco Perez identificado(a) con documento de identidad N° 1002943659 de Viterbo, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en enfermería, Dayana García Restrepo de la ESE Hospital San José, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermería, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermera dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Viterbo, el día 12 del mes de marzo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Dayana García R.
Firma Profesional

x MARIANA FRANCO PEREZ
Firma Usuario

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 **Autorizar Proceso de Intervención e Información a Terceros**	E.S.E Hospital San José

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Cristina Echeverry Moncada identificado(a) con documento de identidad N° 75249639 de Uribe Caldas, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en Enfermeria, Dayana Garcia Restrepo de la ESE Hospital San José, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermeria, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermera dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario, siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Uribe, el día 12 del mes de marzo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Dayana Garcia T.
Firma Profesional

Cristina Echeverry
Firma Usuario

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 **Autorizar Proceso de Intervención e Información a Terceros**	E.S.E Hospital san José

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Jeraldin Amelines Muñoz identificado(a) con documento de identidad N° 1051372985 de Viterbo Caldas, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en enfermería, Dayana García Restrepo de la ESE Hospital San José, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermería, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermera dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Viterbo, el día 12 del mes de marzo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Dayana García R
Firma Profesional

Jeraldin Amelines M.
Firma Usuario

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 **Autorizar Proceso de Intervención e Información a Terceros**	E.S.E Hospital san josé

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Adriana Paz pashaina Iguana identificado(a) con documento de identidad N° 1122838632 de Urbina la Cruzura, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en enfermeria, Dayana Garcia Restrepo de la ESE Hospital San José, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermeria, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermera dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Uiterbo, el día 12 del mes de marzo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Dayana Garcia R.
Firma Profesional

Adriana Paz pashaina Iguana
Firma Usuario

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 **Autorizar Proceso de Intervención e Información a Terceros**	E.S.E Hospital san josé

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Hana Elena Carmona H identificado(a) con documento de identidad N° 1004627668 de Pereira Risaralda, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en enfermeria, Dayana Garcia Restrepo de la ESE Hospital San Jose, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermeria, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermera dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Viterbo, el día 12 del mes de marzo del año 2025. Para constancia se firma la conformidad.

Dayana García R.
Firma Profesional

Hana Elena Carmona H.
Firma Usuario