



Alcaldía
de Neira

CONVENIO INTERADMINISTRATIVO
DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
CONSENTIMIENTO INFORMADO



ESE HOSPITAL SAN JOSÉ
SAN JOSÉ

ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E
INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Ara fabiola 6. identificado(a) con documento de identidad N° 29159 194 de Anseima Nuevo, 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 psicología Paula Juliana Noreña de la ESE Hospital San José, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de psicóloga, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de psicología 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. - Autorizó 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 Neira, el día 8 del mes de Abril del año 2026.

Para constancia se firma la conformidad.

Paula Noreña

Firma Profesional

Ara fabiola G. M.

Firma Usuario



Alcaldía
de Neira

CONVENIO INTERADMINISTRATIVO
DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
CONSENTIMIENTO INFORMADO



ESE HOSPITAL SAN JOSÉ

ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E

INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Daniela Villada identificado(a) con documento de identidad N° 1008790505 de Neira, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en psicología Paula Juliana Noreña de la ESE Hospital San José, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de psicóloga, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de psicología 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 Neira, el día 7 del mes de Abril del año 2026.

Para constancia se firma la conformidad.

Paula Noreña

Firma Profesional

Daniela Villada

Firma Usuario



CONVENIO INTERADMINISTRATIVO
DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
CONSENTIMIENTO INFORMADO



ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E
INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Blanco Doris Tabares C identificado(a) con documento de identidad N° 24827951 de Neira 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 psicología Paula Juliana Noreña de la ESE Hospital San José, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de psicóloga, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de psicología 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 Neira, el día 7 del mes de Abril del año 2026.

Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Firma Usuario

**ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E
INFORMACIÓN A TERCEROS**

Yo Gloria Eloy Loaiza identificado(a) con documento de identidad N° 24826627 de Neira, 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 psicología Paula Juliana Noreña de la ESE Hospital San José, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de psicóloga, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de psicología 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 Neira, el día 7 del mes de Abril del año 2026.

Para constancia se firma la conformidad.

Gloria Eloy
Firma Profesional

Paula Noreña
Firma Usuario



Alcaldía
de Neira

CONVENIO INTERADMINISTRATIVO
DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
CONSENTIMIENTO INFORMADO



ESE HOSPITAL SAN JOSÉ
NEIRA - CALDAS

ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E
INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Henri Montoya identificado(a) con documento de identidad N° 313607585 de Neira, 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 psicología Paula Juliana Noreña de la ESE Hospital San José, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de psicóloga, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de psicología 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 ABRIL, el día 8 del mes de 2026 del año 2026.

Para constancia se firma la conformidad.

Paula Noreña
Firma Profesional

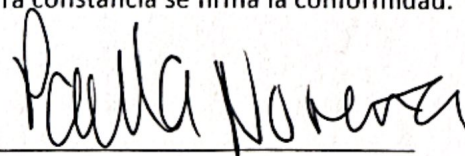
Henri Montoya
Firma Usuario

**ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E
INFORMACIÓN A TERCEROS**

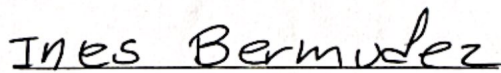
Yo Ines Bermudez identificado(a) con documento de identidad N° 28685385 de Neira, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en psicología Paula Juliana Noreña de la ESE Hospital San José, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de psicóloga, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de psicología 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 Neira, el día 8 del mes de Abril del año 2026.

Para constancia se firma la conformidad.



Firma Profesional



Firma Usuario



CONVENIO INTERADMINISTRATIVO
DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
CONSENTIMIENTO INFORMADO



ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E
INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Isabella Ocampo identificado(a) con documento de identidad N° _____ de Balestina, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en psicología Paula Juliana Noreña de la ESE Hospital San José, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de psicóloga, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de psicología 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 Neira, el día 7 del mes de Abril del año 2026.

Para constancia se firma la conformidad.

Paula Noreña
Firma Profesional

Isabella Ocampo
Firma Usuario



CONVENIO INTERADMINISTRATIVO
DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
CONSENTIMIENTO INFORMADO



ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E
INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Luz Marina Cruz identificado(a) con documento de identidad N° 30.297.562 de Neira, 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 psicología Paula Juliana Noreña de la ESE Hospital San José, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de psicóloga, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de psicología 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 Neira, el día 8 del mes de Abril del año 2026.

Para constancia se firma la conformidad.

Luz Marina Cruz

Firma Profesional

Paula Noreña

Firma Usuario

ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Luz Milena Morales identificado(a) con documento de identidad N° 1059694860 de Neira 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 psicología Paula Juliana Noreña de la ESE Hospital San José, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de psicóloga, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de psicología 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. - Autorizó 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 Neira, el día 7 del mes de Abril del año 2026.

Para constancia se firma la conformidad.

Paula Noreña
Firma Profesional

Luz Milena Morales
Firma Usuario



CONVENIO INTERADMINISTRATIVO
DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
CONSENTIMIENTO INFORMADO



ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E
INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Maria Edilma Marin González identificado(a) con documento de identidad N° 1057330216 de Neira 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 psicología Paula Juliana Noreña de la ESE Hospital San José, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de psicóloga, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de psicología 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 Neira, el día 7 del mes de Abril del año 2026.

Para constancia se firma la conformidad.

Paula Noreña
Firma Profesional

Maria Edilma Marin
Firma Usuario



Alcaldía
de Neira

CONVENIO INTERADMINISTRATIVO
DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
CONSENTIMIENTO INFORMADO



ESE HOSPITAL SAN JOSÉ

ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E
INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Ma Esperanza Arango T identificado(a) con documento de identidad N° 25096998 de Neira, 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 psicología Paula Juliana Noreña de la ESE Hospital San José, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de psicóloga, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de psicología 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 Neira, el día 8 del mes de ABRIL del año 2026.

Para constancia se firma la conformidad.

Paula Noreña

Firma Profesional

Ma Esperanza Arango

Firma Usuario



CONVENIO INTERADMINISTRATIVO
DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
CONSENTIMIENTO INFORMADO



ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E
INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo maria Francisca Puerta identificado(a) con documento de identidad N° 24828046 de Neira, 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 psicología Paula Juliana Noreña de la ESE Hospital San José, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de psicóloga, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de psicología 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 Neira, el día 7 del mes de Abril del año 2026.

Para constancia se firma la conformidad.

Francis Puerta
Firma Profesional

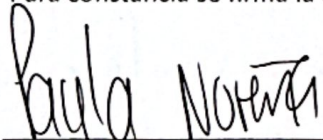
Paula Noreña
Firma Usuario

ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

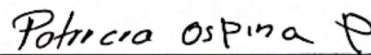
Yo Patricia Ospina P. identificado(a) con documento de identidad N° 24826189 de Neira, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en psicología Paula Juliana Noreña de la ESE Hospital San José, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de psicóloga, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de psicología 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 Neira, el día 7 del mes de Abril del año 2026.

Para constancia se firma la conformidad.



Firma Profesional



Firma Usuario



CONVENIO INTERADMINISTRATIVO
DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
CONSENTIMIENTO INFORMADO



ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E
INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Sandra Milena Holguín C identificado(a) con documento de identidad N° 24827193 de Neira, 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 psicología Paula Juliana Noreña de la ESE Hospital San José, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de psicóloga, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de psicología 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 Neira, el día 7 del mes de Abril del año 2026.

Para constancia se firma la conformidad.

Paula Noreña
Firma Profesional

Sandra Milena Holguín C.
Firma Usuario



Alcaldía
de Neira

CONVENIO INTERADMINISTRATIVO
DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
CONSENTIMIENTO INFORMADO



ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E
INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Yesica Tatiana R identificado(a) con documento de identidad N° 1002542397 de Neira, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en psicología Paula Juliana Noreña de la ESE Hospital San José, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de psicóloga, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de psicología 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 Neira, el día 8 del mes de ABRIL del año 2026.

Para constancia se firma la conformidad.

Paula Juliana Noreña
Firma Profesional

Yesica Tatiana R
Firma Usuario