## AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Jhon Alexander Cardonil Cardonil
identificado(a) con documento de identidad N° 1007709225 de Aguadas, 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, CARLOS ANDRES VALENCIA GARCES de la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de ENFERMERO, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de ENFERMERIA 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 Aguadas, el día 17 del mes de Abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Jhon Alexander Cardonil Cardonil
Firma Usuario

## AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Yerinet Alexandra Soto Trujillo identificado(a) con documento de identidad N° 20 267 071 de Medellín, 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, CARLOS ANDRES VALENCIA GARCES de la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de ENFERMERO, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de ENFERMERIA 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 Aguadas, el día 17 del mes de Abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

X Yerinet
Firma Usuario

## AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Lyndy Leany Ossa Carmona
identificado(a) con documento de identidad N° 1128466640 de Medellín, 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, CARLOS ANDRES VALENCIA GARCES de la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de ENFERMERO, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de ENFERMERIA 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 Aguadas, el día 17 del mes de Abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Lyndy Leany Ossa Carmona.
Firma Usuario

## AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Alyon Nicolle Largacha Alvarez identificado(a) con documento de identidad N° 1025881418 de Aguadas, 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, CARLOS ANDRES VALENCIA GARCES de la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de ENFERMERO, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de ENFERMERIA 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 Aguadas, el día 12 del mes de Abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

x Alyon Alvarez
Firma Usuario

| Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas | **DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS**<br>**SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**<br>Proceso Gestión Asistencia Técnica<br>Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas<br>**Autorizar Proceso de Intervención e Información a Terceros** | Hospital San José De Aguadas E.S.E. |
|---|---|---|

## AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Yeraldin Mafla Ecsie
identificado(a) con documento de identidad N° 1000411788 de Medellin, 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, CARLOS ANDRES VALENCIA GARCES de la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de ENFERMERO, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de ENFERMERIA 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 Aguadas, el día 17 del mes de Abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Yeraldin Mafla.
Firma Usuario

## AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Dora Julieth Cordoba Moreno identificado(a) con documento de identidad N° 1214179672 de Medellin, 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, CARLOS ANDRES VALENCIA GARCES de la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de ENFERMERO, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de ENFERMERIA 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 Aguadas, el día 17 del mes de Abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Firma Usuario

| Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas | DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS<br>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD<br>Proceso Gestión Asistencia Técnica<br>Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas<br>**Autorizar Proceso de Intervención e Información a Terceros** | Hospital San José De Aguadas E.S.E. |
|---|---|---|

## AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Kelly Yuliana Muñoz Loaiza identificado(a) con documento de identidad N° 1152701976 de Medellín, 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, CARLOS ANDRES VALENCIA GARCES de la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de ENFERMERO, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de ENFERMERIA 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 Aguadas, el día 17 del mes de Abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Firma Usuario

| | | |
|---|---|---|
| Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas | **DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS**<br>**SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**<br>Proceso Gestión Asistencia Técnica<br>Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas<br>**Autorizar Proceso de Intervención e Información a Terceros** | Hospital San José De Aguadas E.S.E. |

## AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Kelly Tatiana Muñoz Durango identificado(a) con documento de identidad N° 1015069400 de Medellín, 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, CARLOS ANDRES VALENCIA GARCES de la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de ENFERMERO, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de ENFERMERIA 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 Aguadas, el día 17 del mes de Abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Tatiana Muñoz

Firma Usuario

| Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas | **DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS**<br>**SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**<br>Proceso Gestión Asistencia Técnica<br>Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas<br>**Autorizar Proceso de Intervención e Información a Terceros** | Hospital San José De Aguadas E.S.E. |
|---|---|---|

## AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Marisela Muñoz Velasquez identificado(a) con documento de identidad N° 1000192910 de Medellín, 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, CARLOS ANDRES VALENCIA GARCES de la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de ENFERMERO, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de ENFERMERIA 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 Aguadas, el día 17 del mes de Abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Marisela Muñoz

Firma Usuario

| Territorial<br>Dirección Territorial de Salud de Caldas | **DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS**<br>**SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**<br>Proceso Gestión Asistencia Técnica<br>Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas<br>**Autorizar Proceso de Intervención e Información a Terceros** | Hospital San José De Aguadas E.S.E. |
|---|---|---|

## AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Lina Marcela Mena Charcha identificado(a) con documento de identidad N° 1147957165 de Medellín, 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, CARLOS ANDRES VALENCIA GARCES de la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de ENFERMERO, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de ENFERMERIA 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 Aguadas, el día 17 del mes de Abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

x Lina Charcha

Firma Usuario