| Alcaldía de Neira | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC CONSENTIMIENTO INFORMADO | E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JOSÉ |
|---|---|---|

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

Yo Mariana Murillo Carmona identificado(a) con documento de identidad N° 1057330095 de Neira - Caldas., y en pleno uso de mis facuitades 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 2 del mes de Junio del año 2026.

Para constancia se firma la conformidad.

Paula Noreña
Firma Profesional

Mariana Murillo Carmona
Firma Usuario

Scanned with CamScanner

| 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 Geraldine Osorio Mejia identificado(a) con documento de identidad N° 1058876468 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 2 del mes de Junio del año 2026.

Para constancia se firma la conformidad.

Paula Noreña
Firma Profesional

Geraldine Osorio Mejia
Firma Usuario

Scanned with CamScanner

| 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 Jhon Freddy Cebadlos Buitrago identificado(a) con documento de identidad N° 75034025 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 2 del mes de Junio del año 2026.

Para constancia se firma la conformidad.

Paula Noreña

Firma Profesional

Firma Usuario

Scanned with CamScanner

| Alcaldía de Neira | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC CONSENTIMIENTO INFORMADO | E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ |
|---|---|---|

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

Yo Fatima Elena Agudelo Espinosa identificado(a) con documento de identidad N° 24827231 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 2 del mes de Junio del año 2026.

Para constancia se firma la conformidad.

Paula Noreña
Firma Profesional

Fatima Agudelo
Firma Usuario

Scanned with CamScanner

| Alcaldía de Neira | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC CONSENTIMIENTO INFORMADO | E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JOSÉ |
|---|---|---|

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

Yo German García identificado(a) con documento de identidad N° 16090324 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 2 del mes de Junio del año 2026.

Para constancia se firma la conformidad.

Paula Noreña
Firma Profesional

German García
Firma Usuario

Scanned with CamScanner

| Alcaldía de Neira | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC CONSENTIMIENTO INFORMADO | ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JOSÉ |
|---|---|---|

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

Yo Emily Avendaño Moreno identificado(a) con documento de identidad N° 1054685403 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 2 del mes de JUNIO del año 2026.

Para constancia se firma la conformidad.

Paula Noreña
Firma Profesional

Emily Avendaño M.
Firma Usuario

Scanned with CamScanner