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

Caracterización Socioambiental
Población Víctima del Conflicto Armado

Fecha: 22/06/2026

Municipio: Neira Caldas

Institución que ejecuta: HOSPITAL SAN JOSE NEIRA (PIC)

1. **AL INICIO DE LA CARACTERIZACIÓN (Consentimiento informado)**

Yo, Luz Enid Loaiza Torres, identificada/o con cedula número 24827359, representante Víctima de Conflicto Armado de la familia Henao Loaiza en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento participar con mi familia de manera presencial en las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas, Caracterización Socioambiental para la población Víctima del Conflicto Armado; desarrollada por la ESE Hospital San José y manifiesto que:

1. Se me ha explicado la estrategia de Caracterización Socioambiental y en qué consiste.
2. Acepto recibir la Caracterización Socioambiental en mi hogar e incluir todas personas que conviven en mi núcleo familiar.
3. Comprendo y acepto que la información aquí recogida es confidencial y si se hace divulgación de esta será en forma anónima y con fines de elaboración de reportes e informes sobre análisis de la atención recibida.
4. Comprendo y acepto el diligenciamiento de los formatos requeridos en el proceso de caracterización y eventual atención en los programas de Salud garantizando la confidencialidad y seguridad de la información.
5. Si hay derivaciones en la ruta de atención integral en el marco del PAPSIVI me comprometo a participar activamente en el desarrollo de las acciones acordadas.
6. Entiendo que se solicitará mi autorización si se requiere hacer pública información detallada de mi caso para el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales en beneficio propio.

COMPROMISOS

COMO BENEFICIARIO DEL PAPSIVI:

1. A participar en este proceso y a cumplir con las citas o encuentros que se programen cuando aplique.
2. Brindar la Información necesaria para el desarrollo de la Caracterización Socioambiental.

Scanned with CamScanner

3. Informar oportunamente dificultades para cumplir algún compromiso, reprogramarlo lo antes posible.
4. Expresar oportuna y respetuosamente los desacuerdos que puedan ocurrir y estar en disposición de resolver las diferencias.

Nombre Luz Enid Loaiza Torres

Firma Luz Enith

Cédula 24827359 Loaizatorres

Teléfono de contacto 3128565798

2. DESPUES DE HABER REALIZADO LA CARACTERIZACIÓN

Doy cuenta del registro de la información completa y la socialización de Ruta Integral de Atención en salud en el marco del PAPSIV! por parte del profesional Paula Noreña igualmente, doy cuenta por parte de los firmantes la notificación que, la información será consolidada en un archivo y cargado de manera digital.

Paula Juliana Noreña

Nombre del Profesional que realiza la caracterización

Firma: Paula Noreña

Luz Enid Henao Loaiza

Nombre del Representante del Hogar, Víctima del Conflicto

Firma o Huella Luz Enith Loaiza

Scanned with CamScanner

Alcaldía de Neira	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC CONSENTIMIENTO INFORMADO	SAN JOSÉ

Caracterización Socioambiental
Población Víctima del Conflicto Armado

Fecha: 22/06/2026

Municipio: Neira Caldas

Institución que ejecuta: HOSPITAL SAN JOSE NEIRA (PIC)

1. **AL INICIO DE LA CARACTERIZACIÓN (Consentimiento informado)**

Yo, Mayliz Arbeláez Herrera, identificada/o con Cedula número 24646621, representante Víctima de Conflicto Armado de la familia Betancur Arbeláez en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento participar con mi familia de manera presencial en las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas, Caracterización Socioambiental para la población Víctima del Conflicto Armado; desarrollada por la ESE Hospital San José y manifiesto que:

1. Se me ha explicado la estrategia de Caracterización Socioambiental y en qué consiste.
2. Acepto recibir la Caracterización Socioambiental en mi hogar e incluir todas personas que conviven en mi núcleo familiar.
3. Comprendo y acepto que la información aquí recogida es confidencial y si se hace divulgación de esta será en forma anónima y con fines de elaboración de reportes e informes sobre análisis de la atención recibida.
4. Comprendo y acepto el diligenciamiento de los formatos requeridos en el proceso de caracterización y eventual atención en los programas de Salud garantizando la confidencialidad y seguridad de la información.
5. Si hay derivaciones en la ruta de atención integral en el marco del PAPSIVI me comprometo a participar activamente en el desarrollo de las acciones acordadas.
6. Entiendo que se solicitará mi autorización si se requiere hacer pública información detallada de mi caso para el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales en beneficio propio.

COMPROMISOS

COMO BENEFICIARIO DEL PAPSIVI:

1. A participar en este proceso y a cumplir con las citas o encuentros que se programen cuando aplique.
2. Brindar la Información necesaria para el desarrollo de la Caracterización Socioambiental.

Scanned with CamScanner

3. Informar oportunamente dificultades para cumplir algún compromiso, reprogramarlo lo antes posible.
4. Expresar oportuna y respetuosamente los desacuerdos que puedan ocurrir y estar en disposición de resolver las diferencias.

Nombre Mary Luz Aristizabal

Firma Mary Luz Aristizabal

Cédula 24646621

Teléfono de contacto 3136270436

2. DESPUES DE HABER REALIZADO LA CARACTERIZACIÓN

Doy cuenta del registro de la información completa y la socialización de Ruta Integral de Atención en salud en el marco del PAPSIVI por parte del profesional Paula Noreña igualmente, doy cuenta por parte de los firmantes la notificación que, la información será consolidada en un archivo y cargado de manera digital.

PAULA JULIANA NOREÑA

Nombre del Profesional que realiza la caracterización

Firma: x Paula Noreña

x Mary Luz Aristizabal

Nombre del Representante del Hogar, Víctima del Conflicto

Firma o Huella x Mary Luz Aristizabal

Scanned with CamScanner

Alcaldía de Neira	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC CONSENTIMIENTO INFORMADO	SAN JOSÉ

Caracterización Socioambiental
Población Víctima del Conflicto Armado

Fecha: 23/06/2026

Municipio: Neira Caldas

Institución que ejecuta: HOSPITAL SAN JOSE NEIRA (PIC)

1. **AL INICIO DE LA CARACTERIZACIÓN (Consentimiento informado)**

Yo, Gloria Inés Holguin L. identificada/o con cc. número 24.827.144, representante Víctima de Conflicto Armado de la familia Carvajal Holguin en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento participar con mi familia de manera presencial en las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas, Caracterización Socioambiental para la población Víctima del Conflicto Armado; desarrollada por la ESE Hospital San José y manifiesto que:

1. Se me ha explicado la estrategia de Caracterización Socioambiental y en qué consiste.
2. Acepto recibir la Caracterización Socioambiental en mi hogar e incluir todas personas que conviven en mi núcleo familiar.
3. Comprendo y acepto que la información aquí recogida es confidencial y si se hace divulgación de esta será en forma anónima y con fines de elaboración de reportes e informes sobre análisis de la atención recibida.
4. Comprendo y acepto el diligenciamiento de los formatos requeridos en el proceso de caracterización y eventual atención en los programas de Salud garantizando la confidencialidad y seguridad de la información.
5. Si hay derivaciones en la ruta de atención integral en el marco del PAPSIVI me comprometo a participar activamente en el desarrollo de las acciones acordadas.
6. Entiendo que se solicitará mi autorización si se requiere hacer pública información detallada de mi caso para el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales en beneficio propio.

COMPROMISOS

COMO BENEFICIARIO DEL PAPSIVI:

1. A participar en este proceso y a cumplir con las citas o encuentros que se programen cuando aplique.
2. Brindar la Información necesaria para el desarrollo de la Caracterización Socioambiental.

Scanned with CamScanner

3. Informar oportunamente dificultades para cumplir algún compromiso, reprogramarlo lo antes posible.
4. Expresar oportuna y respetuosamente los desacuerdos que puedan ocurrir y estar en disposición de resolver las diferencias.

Nombre Gloria Inés Holguin

Firma [signature]

Cédula 24.827.144

Teléfono de contacto 3128121931

2. DESPUES DE HABER REALIZADO LA CARACTERIZACIÓN

Doy cuenta del registro de la información completa y la socialización de Ruta Integral de Atención en salud en el marco del PAPSIVI por parte del profesional Paula Noreña igualmente, doy cuenta por parte de los firmantes la notificación que, la información será consolidada en un archivo y cargado de manera digital.

PAULA JULIANA NOREÑA

Nombre del Profesional que realiza la caracterización

Firma: [signature]

Gloria Inés Holguin

Nombre del Representante del Hogar, Víctima del Conflicto

Firma o Huella [signature]

Scanned with CamScanner

Caracterización Socioambiental
Población Víctima del Conflicto Armado

Fecha: 25/06/2026

Municipio: Neira Caldas

Institución que ejecuta: HOSPITAL SAN JOSE NEIRA (PIC)

1. **AL INICIO DE LA CARACTERIZACIÓN (Consentimiento informado)**

Yo, LUZ MARINA GUTIERREZ, identificada/o con _____ número 21742392, representante Víctima de Conflicto Armado de la familia VARGAS GUTIERREZ en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento participar con mi familia de manera presencial en las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas, Caracterización Socioambiental para la población Víctima del Conflicto Armado; desarrollada por la ESE Hospital San José y manifiesto que:

1. Se me ha explicado la estrategia de Caracterización Socioambiental y en qué consiste.
2. Acepto recibir la Caracterización Socioambiental en mi hogar e incluir todas personas que conviven en mi núcleo familiar.
3. Comprendo y acepto que la información aquí recogida es confidencial y si se hace divulgación de esta será en forma anónima y con fines de elaboración de reportes e informes sobre análisis de la atención recibida.
4. Comprendo y acepto el diligenciamiento de los formatos requeridos en el proceso de caracterización y eventual atención en los programas de Salud garantizando la confidencialidad y seguridad de la información.
5. Si hay derivaciones en la ruta de atención integral en el marco del PAPSIVI me comprometo a participar activamente en el desarrollo de las acciones acordadas.
6. Entiendo que se solicitará mi autorización si se requiere hacer pública información detallada de mi caso para el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales en beneficio propio.

COMPROMISOS

COMO BENEFICIARIO DEL PAPSIVI:

1. A participar en este proceso y a cumplir con las citas o encuentros que se programen cuando aplique.
2. Brindar la Información necesaria para el desarrollo de la Caracterización Socioambiental.

Scanned with CamScanner

3. Informar oportunamente dificultades para cumplir algún compromiso, reprogramarlo lo antes posible.
4. Expresar oportuna y respetuosamente los desacuerdos que puedan ocurrir y estar en disposición de resolver las diferencias.

Nombre LUZ MARINA GUTIERREZ

Firma

Cédula 21742398

Teléfono de contacto 3128038527

2. DESPUES DE HABER REALIZADO LA CARACTERIZACIÓN

Doy cuenta del registro de la información completa y la socialización de Ruta Integral de Atención en salud en el marco del PAPSIVI por parte del profesional Paula Noreña igualmente, doy cuenta por parte de los firmantes la notificación que, la información será consolidada en un archivo y cargado de manera digital.

PAULA JULIANA NOREÑA

Nombre del Profesional que realiza la caracterización

Firma: Paula Noreña

LUZ MARINA GUTIERREZ

Nombre del Representante del Hogar, Víctima del Conflicto

Firma o Huella Luz Marina Gutierrez

Scanned with CamScanner

Caracterización Socioambiental
Población Víctima del Conflicto Armado

Fecha: 25/06/2026

Municipio: Neira Caldas

Institución que ejecuta: HOSPITAL SAN JOSE NEIRA (PIC)

1. **AL INICIO DE LA CARACTERIZACIÓN (Consentimiento informado)**

Yo, Lida edelmi Posada Chaverra identificada/o con _____ número 43824447, representante Víctima de Conflicto Armado de la familia ARBELAEZ POSADA en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento participar con mi familia de manera presencial en las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas, Caracterización Socioambiental para la población Víctima del Conflicto Armado; desarrollada por la ESE Hospital San José y manifiesto que:

1. Se me ha explicado la estrategia de Caracterización Socioambiental y en qué consiste.
2. Acepto recibir la Caracterización Socioambiental en mi hogar e incluir todas personas que conviven en mi núcleo familiar.
3. Comprendo y acepto que la información aquí recogida es confidencial y si se hace divulgación de esta será en forma anónima y con fines de elaboración de reportes e informes sobre análisis de la atención recibida.
4. Comprendo y acepto el diligenciamiento de los formatos requeridos en el proceso de caracterización y eventual atención en los programas de Salud garantizando la confidencialidad y seguridad de la información.
5. Si hay derivaciones en la ruta de atención integral en el marco del PAPSIVI me comprometo a participar activamente en el desarrollo de las acciones acordadas.
6. Entiendo que se solicitará mi autorización si se requiere hacer pública información detallada de mi caso para el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales en beneficio propio.

COMPROMISOS

COMO BENEFICIARIO DEL PAPSIVI:

1. A participar en este proceso y a cumplir con las citas o encuentros que se programen cuando aplique.
2. Brindar la Información necesaria para el desarrollo de la Caracterización Socioambiental.

Scanned with CamScanner

3. Informar oportunamente dificultades para cumplir algún compromiso, reprogramarlo lo antes posible.
4. Expresar oportuna y respetuosamente los desacuerdos que puedan ocurrir y estar en disposición de resolver las diferencias.

Nombre Lida edelma posada

Firma Lida posada

Cédula 43824444

Teléfono de contacto 3125245459

2. DESPUES DE HABER REALIZADO LA CARACTERIZACIÓN

Doy cuenta del registro de la información completa y la socialización de Ruta Integral de Atención en salud en el marco del PAPSIVI por parte del profesional Paula Noreña igualmente, doy cuenta por parte de los firmantes la notificación que, la información será consolidada en un archivo y cargado de manera digital.

PAULA JULIANA NOREÑA

Nombre del Profesional que realiza la caracterización

Firma: Paula Noreña

Lida edelma posada

Nombre del Representante del Hogar, Víctima del Conflicto

Firma o Huella Lida posada

Scanned with CamScanner

Caracterización Socioambiental
Población Víctima del Conflicto Armado

Fecha: 30/06/2026

Municipio: Neira Caldas

Institución que ejecuta: HOSPITAL SAN JOSE NEIRA (PIC)

1. **AL INICIO DE LA CARACTERIZACIÓN (Consentimiento informado)**

Yo, Marleny Galvez, identificada/o con cedula número 24822204, representante Víctima de Conflicto Armado de la familia Galvez Sardnez en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento participar con mi familia de manera presencial en las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas, Caracterización Socioambiental para la población Víctima del Conflicto Armado; desarrollada por la ESE Hospital San José y manifiesto que:

1. Se me ha explicado la estrategia de Caracterización Socioambiental y en qué consiste.
2. Acepto recibir la Caracterización Socioambiental en mi hogar e incluir todas personas que conviven en mi núcleo familiar.
3. Comprendo y acepto que la información aquí recogida es confidencial y si se hace divulgación de esta será en forma anónima y con fines de elaboración de reportes e informes sobre análisis de la atención recibida.
4. Comprendo y acepto el diligenciamiento de los formatos requeridos en el proceso de caracterización y eventual atención en los programas de Salud garantizando la confidencialidad y seguridad de la información.
5. Si hay derivaciones en la ruta de atención integral en el marco del PAPSIVI me comprometo a participar activamente en el desarrollo de las acciones acordadas.
6. Entiendo que se solicitará mi autorización si se requiere hacer pública información detallada de mi caso para el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales en beneficio propio.

COMPROMISOS

COMO BENEFICIARIO DEL PAPSIVI:

1. A participar en este proceso y a cumplir con las citas o encuentros que se programen cuando aplique.
2. Brindar la Información necesaria para el desarrollo de la Caracterización Socioambiental.

Scanned with CamScanner

3. Informar oportunamente dificultades para cumplir algún compromiso, reprogramarlo lo antes posible.
4. Expresar oportuna y respetuosamente los desacuerdos que puedan ocurrir y estar en disposición de resolver las diferencias.

Nombre Marleny Galvis

Firma 24622204

Cédula

Teléfono de contacto 3134031936

2. DESPUES DE HABER REALIZADO LA CARACTERIZACIÓN

Doy cuenta del registro de la información completa y la socialización de Ruta Integral de Atención en salud en el marco del PAPSIVI por parte del profesional Paula Noreña igualmente, doy cuenta por parte de los firmantes la notificación que, la información será consolidada en un archivo y cargado de manera digital.

PAULA JULIANA NOREÑA

Nombre del Profesional que realiza la caracterización

Firma: Paula Noreña

Marleny Galvis

Nombre del Representante del Hogar, Víctima del Conflicto

Firma o Huella Marleny Galvis

Scanned with CamScanner

Caracterización Socioambiental
Población Víctima del Conflicto Armado

Fecha: 23/06/2026

Municipio: Neira Caldas

Institución que ejecuta: HOSPITAL SAN JOSE NEIRA (PIC)

1. **AL INICIO DE LA CARACTERIZACIÓN (Consentimiento informado)**

Yo, Carolina Castañeda Vallejo, identificada/o con CC número 1000920825, representante Víctima de Conflicto Armado de la familia Castañeda Vallejo en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento participar con mi familia de manera presencial en las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas, Caracterización Socioambiental para la población Víctima del Conflicto Armado; desarrollada por la ESE Hospital San José y manifiesto que:

1. Se me ha explicado la estrategia de Caracterización Socioambiental y en qué consiste.
2. Acepto recibir la Caracterización Socioambiental en mi hogar e incluir todas personas que conviven en mi núcleo familiar.
3. Comprendo y acepto que la información aquí recogida es confidencial y si se hace divulgación de esta será en forma anónima y con fines de elaboración de reportes e informes sobre análisis de la atención recibida.
4. Comprendo y acepto el diligenciamiento de los formatos requeridos en el proceso de caracterización y eventual atención en los programas de Salud garantizando la confidencialidad y seguridad de la información.
5. Si hay derivaciones en la ruta de atención integral en el marco del PAPSIVI me comprometo a participar activamente en el desarrollo de las acciones acordadas.
6. Entiendo que se solicitará mi autorización si se requiere hacer pública información detallada de mi caso para el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales en beneficio propio.

COMPROMISOS

COMO BENEFICIARIO DEL PAPSIVI:

1. A participar en este proceso y a cumplir con las citas o encuentros que se programen cuando aplique.
2. Brindar la Información necesaria para el desarrollo de la Caracterización Socioambiental.

Scanned with CamScanner

3. Informar oportunamente dificultades para cumplir algún compromiso, reprogramarlo lo antes posible.
4. Expresar oportuna y respetuosamente los desacuerdos que puedan ocurrir y estar en disposición de resolver las diferencias.

Nombre Carolina Castañeda V.

Firma Carolina Castañeda.

Cédula 1000920825.

Teléfono de contacto 3228848329.

2. DESPUES DE HABER REALIZADO LA CARACTERIZACIÓN

Doy cuenta del registro de la información completa y la socialización de Ruta Integral de Atención en salud en el marco del PAPSIVI por parte del profesional Paula Noreña igualmente, doy cuenta por parte de los firmantes la notificación que, la información será consolidada en un archivo y cargado de manera digital.

PAULA JULIANA NOREÑA

Nombre del Profesional que realiza la caracterización

Firma: Paula Noreña

Carolina Castañeda V.

Nombre del Representante del Hogar, Víctima del Conflicto

Firma o Huella Carolina Castañeda.

Scanned with CamScanner

Caracterización Socioambiental
Población Víctima del Conflicto Armado

Fecha: 30/06/2026

Municipio: Neira Caldas

Institución que ejecuta: HOSPITAL SAN JOSE NEIRA (PIC)

1. **AL INICIO DE LA CARACTERIZACIÓN (Consentimiento informado)**

Yo, Paola Santiago Valencia, identificada/o con CC. número 1053841744 Santiago Valencia, representante Víctima de Conflicto Armado de la familia en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento participar con mi familia de manera presencial en las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas, Caracterización Socioambiental para la población Víctima del Conflicto Armado; desarrollada por la ESE Hospital San José y manifiesto que:

1. Se me ha explicado la estrategia de Caracterización Socioambiental y en qué consiste.
2. Acepto recibir la Caracterización Socioambiental en mi hogar e incluir todas personas que conviven en mi núcleo familiar.
3. Comprendo y acepto que la información aquí recogida es confidencial y si se hace divulgación de esta será en forma anónima y con fines de elaboración de reportes e informes sobre análisis de la atención recibida.
4. Comprendo y acepto el diligenciamiento de los formatos requeridos en el proceso de caracterización y eventual atención en los programas de Salud garantizando la confidencialidad y seguridad de la información.
5. Si hay derivaciones en la ruta de atención integral en el marco del PAPSIVI me comprometo a participar activamente en el desarrollo de las acciones acordadas.
6. Entiendo que se solicitará mi autorización si se requiere hacer pública información detallada de mi caso para el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales en beneficio propio.

COMPROMISOS

COMO BENEFICIARIO DEL PAPSIVI:

1. A participar en este proceso y a cumplir con las citas o encuentros que se programen cuando aplique.
2. Brindar la Información necesaria para el desarrollo de la Caracterización Socioambiental.

Scanned with CamScanner

3. Informar oportunamente dificultades para cumplir algún compromiso, reprogramarlo lo antes posible.
4. Expresar oportuna y respetuosamente los desacuerdos que puedan ocurrir y estar en disposición de resolver las diferencias.

Nombre Viviana Paola Buitrago V.

Firma Paola Buitrago

Cédula 1058816744

Teléfono de contacto 3212077746

2. DESPUES DE HABER REALIZADO LA CARACTERIZACIÓN

Doy cuenta del registro de la información completa y la socialización de Ruta Integral de Atención en salud en el marco del PAPSIVI por parte del profesional Paula Noreña igualmente, doy cuenta por parte de los firmantes la notificación que, la información será consolidada en un archivo y cargado de manera digital.

PAULA JOHANA NOREÑA

Nombre del Profesional que realiza la caracterización

Firma: Paula Noreña

Viviana Paola Buitrago.

Nombre del Representante del Hogar, Víctima del Conflicto

Firma o Huella Paola Buitrago.

Scanned with CamScanner

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

Caracterización Socioambiental
Población Víctima del Conflicto Armado

Fecha: 30/06/2026

Municipio: Neira Caldas

Institución que ejecuta: HOSPITAL SAN JOSE NEIRA (PIC)

1. **AL INICIO DE LA CARACTERIZACIÓN (Consentimiento informado)**

Yo, Irene Loaiza de Holguin, identificada/o con CC número 24.821319, representante Víctima de Conflicto Armado de la familia Holguin - Loaiza en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento participar con mi familia de manera presencial en las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas, Caracterización Socioambiental para la población Víctima del Conflicto Armado; desarrollada por la ESE Hospital San José y manifiesto que:

1. Se me ha explicado la estrategia de Caracterización Socioambiental y en qué consiste.
2. Acepto recibir la Caracterización Socioambiental en mi hogar e incluir todas personas que conviven en mi núcleo familiar.
3. Comprendo y acepto que la información aquí recogida es confidencial y si se hace divulgación de esta será en forma anónima y con fines de elaboración de reportes e informes sobre análisis de la atención recibida.
4. Comprendo y acepto el diligenciamiento de los formatos requeridos en el proceso de caracterización y eventual atención en los programas de Salud garantizando la confidencialidad y seguridad de la información.
5. Si hay derivaciones en la ruta de atención integral en el marco del PAPSIVI me comprometo a participar activamente en el desarrollo de las acciones acordadas.
6. Entiendo que se solicitará mi autorización si se requiere hacer pública información detallada de mi caso para el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales en beneficio propio.

COMPROMISOS

COMO BENEFICIARIO DEL PAPSIVI:

1. A participar en este proceso y a cumplir con las citas o encuentros que se programen cuando aplique.
2. Brindar la Información necesaria para el desarrollo de la Caracterización Socioambiental.

Scanned with CamScanner

3. Informar oportunamente dificultades para cumplir algún compromiso, reprogramarlo lo antes posible.
4. Expresar oportuna y respetuosamente los desacuerdos que puedan ocurrir y estar en disposición de resolver las diferencias.

Nombre Irene Loaiza de H.

Firma Irene Loaiza de H.

Cédula 24.821319

Teléfono de contacto 3128121931-3113911589

2. DESPUES DE HABER REALIZADO LA CARACTERIZACIÓN

Doy cuenta del registro de la información completa y la socialización de Ruta Integral de Atención en salud en el marco del PAPSIVI por parte del profesional Paula Noreña igualmente, doy cuenta por parte de los firmantes la notificación que, la información será consolidada en un archivo y cargado de manera digital.

PAULA JULIANA NOREÑA

Nombre del Profesional que realiza la caracterización

Firma: Paula Noreña

Irene Loaiza de H.

Nombre del Representante del Hogar, Víctima del Conflicto

Firma o Huella_____

Scanned with CamScanner

Alcaldía de Neira	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC CONSENTIMIENTO INFORMADO	SAN JOSÉ

Caracterización Socioambiental
Población Víctima del Conflicto Armado

Fecha: 30/06/2026

Municipio: Neira Caldas

Institución que ejecuta: HOSPITAL SAN JOSE NEIRA (PIC)

1. **AL INICIO DE LA CARACTERIZACIÓN (Consentimiento Informado)**

Yo, Mayoly Cuadra, identificada/o con cedula número 24827207, representante Víctima de Conflicto Armado de la familia calle Cuadra en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento participar con mi familia de manera presencial en las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas, Caracterización Socioambiental para la población Víctima del Conflicto Armado; desarrollada por la ESE Hospital San José y manifiesto que:

1. Se me ha explicado la estrategia de Caracterización Socioambiental y en qué consiste.
2. Acepto recibir la Caracterización Socioambiental en mi hogar e incluir todas personas que conviven en mi núcleo familiar.
3. Comprendo y acepto que la información aquí recogida es confidencial y si se hace divulgación de esta será en forma anónima y con fines de elaboración de reportes e informes sobre análisis de la atención recibida.
4. Comprendo y acepto el diligenciamiento de los formatos requeridos en el proceso de caracterización y eventual atención en los programas de Salud garantizando la confidencialidad y seguridad de la información.
5. Si hay derivaciones en la ruta de atención integral en el marco del PAPSIVI me comprometo a participar activamente en el desarrollo de las acciones acordadas.
6. Entiendo que se solicitará mi autorización si se requiere hacer pública información detallada de mi caso para el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales en beneficio propio.

COMPROMISOS

COMO BENEFICIARIO DEL PAPSIVI:

1. A participar en este proceso y a cumplir con las citas o encuentros que se programen cuando aplique.
2. Brindar la Información necesaria para el desarrollo de la Caracterización Socioambiental.

Scanned with CamScanner

3. Informar oportunamente dificultades para cumplir algún compromiso, reprogramarlo lo antes posible.
4. Expresar oportuna y respetuosamente los desacuerdos que puedan ocurrir y estar en disposición de resolver las diferencias.

Nombre Mayola Cividis

Firma Mayola Cividis

Cédula 24827201

Teléfono de contacto 312 2115358 - 3216079896

2. DESPUES DE HABER REALIZADO LA CARACTERIZACIÓN

Doy cuenta del registro de la información completa y la socialización de Ruta Integral de Atención en salud en el marco del PAPSIVI por parte del profesional Paula Noreña igualmente, doy cuenta por parte de los firmantes la notificación que, la información será consolidada en un archivo y cargado de manera digital.

PAULA JULIANA NOREÑA

Nombre del Profesional que realiza la caracterización

Firma: Paula Noreña

Mayola Cividis

Nombre del Representante del Hogar, Víctima del Conflicto

Firma o Huella Mayola Cividis

Scanned with CamScanner