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

ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Juan David Delgado identificado(a) con documento de identidad N° 1057331187 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 Sandra Jimena Grajales Ríos de la ESE Hospital San José de Neira , 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 30 del mes de abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Juan David
Firma Usuario

Sandra Jimena Grajales
Firma Profesional

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

ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Carlos Andres Gutierrez identificado(a) con documento de identidad N° _____ 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 Sandra Jimena Grajales Ríos de la ESE Hospital San José de Neira , 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 30 del mes de abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Carlos Andres Gutierrez
Firma Usuario

Sandra Jimena Grajale
Firma Profesional

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

ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Valentina Carmona Muñoz identificado(a) con documento de identidad N° 1056309419 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 Sandra Jimena Grajales Ríos de la ESE Hospital San José de Neira , 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 30 del mes de abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Valentina
Firma Usuario

Sandra Jimena Grajales
Firma Profesional

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 Angel David Rios devia identificado(a) con documento de identidad N° 1097400386 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 Sandra Jimena Grajales Ríos de la ESE Hospital San José de Neira , 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 30 del mes de abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Angel David
Firma Usuario

Sandra Jimena Grajales
Firma Profesional

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

ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo matthias orozco martinez identificado(a) con documento de identidad N° 1053837645 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 Sandra Jimena Grajales Ríos de la ESE Hospital San José de Neira , 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 30 del mes de abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

matthias orozco
Firma Usuario

Sandra Jimena Grajales
Firma Profesional

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 Santiago perez cano identificado(a) con documento de identidad N° 1057331587 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 Sandra Jimena Grajales Ríos de la ESE Hospital San José de Neira , 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 30 del mes de abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Santiago perez
Firma Usuario

Sandra Jimena Grajales
Firma Profesional

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

ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Anderson Valencia Delgado identificado(a) con documento de identidad N°. 1122929021 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 Sandra Jimena Grajales Ríos de la ESE Hospital San José de Neira , 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 30 del mes de abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Anderson V.D
Firma Usuario

Sandra Jimena Grajales
Firma Profesional

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

ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Julian Esteban Suarez morales identificado(a) con documento de identidad N° 1147080688 de Idima, 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 Sandra Jimena Grajales Ríos de la ESE Hospital San José de Neira , 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 30 del mes de abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Usuario

Sandra Jimena Grajales

Firma Profesional

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

ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Bonglht Daniela Arias identificado(a) con documento de identidad N° 1.104705556 de Tolima, 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 Sandra Jimena Grajales Ríos de la ESE Hospital San José de Neira , 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 30 del mes de abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Daniela Morales
Firma Usuario

Sandra Jimena Grajales
Firma Profesional

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

ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Valentina Escobar Agudelo identificado(a) con documento de identidad N° 1114788446 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 Sandra Jimena Grajales Ríos de la ESE Hospital San José de Neira , 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 30 del mes de abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Valentina Escobar A
Firma Usuario

Sandra Jimena Grajales
Firma Profesional

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

ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Juan sebastian Rendon M identificado(a) con documento de identidad N° 1057331975 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 Sandra Jimena Grajales Ríos de la ESE Hospital San José de Neira , 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 30 del mes de abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Juan sebastian R
Firma Usuario

Sandra Jimena Grajales
Firma Profesional

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

ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Valeria Isaza Delgado identificado(a) con documento de identidad N° 1054873874 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 Sandra Jimena Grajales Ríos de la ESE Hospital San José de Neira , 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 30 del mes de abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Valeria Isaza
Firma Usuario

Sandra Jimena Grajales
Firma Profesional

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 Shaira Oliveros Londoño identificado(a) con documento de identidad N° 1057331593 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 Sandra Jimena Grajales Ríos de la ESE Hospital San José de Neira , 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 30 del mes de abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Shaira O.L.
Firma Usuario

Sandra Jimena Grajales
Firma Profesional

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

ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Samuel de Jesús Cano Giraldo identificado(a) con documento de identidad N° 1056303117 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 Sandra Jimena Grajales Ríos de la ESE Hospital San José de Neira , 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 30 del mes de abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Samuel
Firma Usuario

Sandra Jimena Grajales
Firma Profesional

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 Juan andres Holguin C identificado(a) con documento de identidad N° _____ de _____, 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 Sandra Jimena Grajales Ríos de la ESE Hospital San José de Neira , 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 30 del mes de abril. del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Usuario

Sandra Jimena Grajales

Firma Profesional

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

ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Luz Angelica Ocampo Cardona identificado(a) con documento de identidad N° 1057337329 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 Sandra Jimena Grajales Ríos de la ESE Hospital San José de Neira , 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 30 del mes de abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Angelica Ocampo C.
Firma Usuario

Sandra Jimena Grajales
Firma Profesional

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

ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Sebastian Gonzalez identificado(a) con documento de identidad N° 1057331278 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 Sandra Jimena Grajales Ríos de la ESE Hospital San José de Neira , 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 30 del mes de abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Sebastian Gonzalez
Firma Usuario

Sandra Jimena Grajales
Firma Profesional

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 Rafael Arcangel Ramirez Cardona identificado(a) con documento de identidad N° 1065757726 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 Sandra Jimena Grajales Ríos de la ESE Hospital San José de Neira , 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 30 del mes de abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Rafael Arcangel Ramirez
Firma Usuario

Sandra Jimena Grajales
Firma Profesional

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

ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Manuel Alejandro Acevedo Rendon identificado(a) con documento de identidad N° 1053873766 de Neiva 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 Sandra Jimena Grajales Ríos de la ESE Hospital San José de Neira , 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 Neiva, el día 30 del mes de abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Manuel Acevedo
Firma Usuario

Sandra Jimena Grajales
Firma Profesional

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

ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Ruth Marín Gonzalez identificado(a) con documento de identidad N° 1057331161 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 Sandra Jimena Grajales Ríos de la ESE Hospital San José de Neira , 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 30 del mes de abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Ruth Marín Gonzalez.
Firma Usuario

Sandra Jimena Grajales
Firma Profesional

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 Valeri Cardona identificado(a) con documento de identidad N° 1057331176 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 Sandra Jimena Grajales Ríos de la ESE Hospital San José de Neira , 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 30 del mes de abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Valeri Cardona
Firma Usuario

Sandra Jimena Grajales
Firma Profesional

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

ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Johon Alexander correa P. identificado(a) con documento de identidad N° 1057331176 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 Sandra Jimena Grajales Ríos de la ESE Hospital San José de Neira , 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 30 del mes de abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Jhoan Alexander Correa
Firma Usuario

Firma Profesional

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

ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Kevin Andrés Tabares Salazar identificado(a) con documento de identidad N° 1052331442 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 Sandra Jimena Grajales Ríos de la ESE Hospital San José de Neira , 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 30 del mes de abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Usuario

Sandra Jimena Grajales

Firma Profesional

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 Juan de Jesus cano Giraldo identificado(a) con documento de identidad N° 4055 438 008 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 Sandra Jimena Grajales Ríos de la ESE Hospital San José de Neira , 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 30 del mes de abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Juan cano giraldo
Firma Usuario

Sandra Jimena Grajales
Firma Profesional

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

ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo YANDRIS DURANGO BARBUTIN identificado(a) con documento de identidad N° 1057331975 de Montería, 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 Sandra Jimena Grajales Ríos de la ESE Hospital San José de Neira , 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 30 del mes de abril del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Sandra Jimena Grajales
Firma Usuario

Yandris durango
Firma Profesional