



ESCUELA NORMAL SUPERIOR DE IBAGUE
AUTORIZADA POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL,
RES. No 01475 DEL 7 DE FEBRERO DE 2019
RECONOCIMIENTO DE PLANES DE ESTUDIOS, RES. No 1703 2103 DEL 02 DE DICIEMBRE DE 2020
SECRETARIA DE EDUCACION DE IBAGUE
NIT. 890 703 658-2
RECTORIA

Ibagué, 11 de mayo de 2026

CIRCULAR INFORMATIVA
No. 050

DE: Rectoría
PARA: Comunidad Educativa (Docentes, Directivos, Estudiantes, Padres de Familia Acudientes)
ASUNTO: Jornada institucional "YO TE ESCUCHO"

Cordial saludo,

En el marco de las acciones orientadas al bienestar integral de nuestros estudiantes, la institución educativa, en articulación con entidades de la región, continúa generando espacios de acompañamiento y atención para la comunidad educativa.

En esta oportunidad, les informamos que el próximo **miércoles 13 de mayo**, en la sede principal y en horario de **8:00 a.m. a 1:00 p.m.**, se llevará a cabo junto con la Secretaría de Salud Departamental la estrategia "YO TE ESCUCHO", dirigida a toda la población estudiantil y sus familias, con el propósito de identificar de manera oportuna posibles riesgos en salud mental.

Durante la jornada se realizarán actividades de escucha activa, educación en salud e intervención psicológica, que permitirán orientar, acompañar y canalizar los casos que requieran atención.

Para participar en esta estrategia, es importante que los estudiantes presenten el **consentimiento informado debidamente firmado** por sus padres de familia o acudientes, autorizando la atención por parte de los profesionales en salud mental de la Secretaría de Salud.

A continuación, se anexa el formato para su diligenciamiento.

Cordialmente,


Mag. ANGELA GEOVANNA ALVAREZ LOZANO
Rectora

Proyectó: Juana María Jiménez Aux. administrativo

"LLEVA LA NORMAL EN TU CORAZON"



CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA LA IDENTIFICACION OPORTUNA DE RIESGOS EN SALUD MENTAL, CANALIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PERSONAS INTERVENIDAS, SEGÚN LO ESTABLECIDO POR LA LEY 1090 DEL 2006 Y VIGILADO POR EL COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS DE COLOMBIA.

Señor (a) usuario (a) usted va hacer parte de una intervención en primera instancia basada en los primeros auxilios psicológicos, ofrecidos por la Secretaría de Salud del Tolima Dirección de Salud Pública, Componente de Convivencia Social y Salud Mental en el marco del Programa Amor por la Vida con la Mente y el Corazón en el Territorio, basado en la Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad, la gestión del riesgo y la Atención Primaria en Salud de esta forma usted recibirá información por parte de profesionales en el área de psicología, quienes se encuentra en la capacidad de brindar primeros auxilios psicológicos, aplicación de tamizajes, intervención breves, canalización de casos y escucha activa; también se indica que toda información concerniente a su caso será confidencial y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin su consentimiento de acuerdo a la ley de habeas data en Colombia (principalmente Ley 1266 de 2008, 1581 de 2012 y modificaciones como la 2157 de 2021); excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. Así mismo, se le informa que la única excepción de quebrantar el principio de confidencialidad en el caso de presentar situaciones que ponga en grave peligro su integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad, según lo previsto por la Ley 1090 del 2006.

A partir de la información que he recibido, Yo _____
con cedula de ciudadanía N° _____ de
_____, manifiesto que he recibido toda la información necesaria
acerca de las implicación y alcances, además acepto como representante legal del niño,
niña o adolescente _____ identificado
(a) con la TI: _____ participe en el proceso de intervención en
primeros auxilios psicológicos y los seguimientos que se requieran; lo anterior lo realizo en
pleno uso de mis facultades mentales, libre y voluntariamente, manifiesto que he sido
debidamente informado y comprendo satisfactoriamente la actual intervención en primera
instancia y expreso verbalmente mi consentimiento y aceptación para la realización de la
intervención prestada por los profesionales en salud mental de la Secretaría de Salud del
Tolima.



GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
NIT. 8001136727
SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA



Profesional en Psicología del Componente de Convivencia Social y Salud Mental con nombre: _____ identificada con cedula de ciudadanía número: _____ de _____, reconocida por el Colegio Colombiano de Psicólogos con tarjeta profesional _____.

Teniendo en cuenta lo anterior, el menor de edad acepta _____ no acepta _____ la intervención.

Representante legal del niño, niña o adolescente: _____

Documento de Identidad: _____

Firma del profesional:

Cedula de ciudadanía:
Registro Profesional: