**CONSENTIMIENTO INFORMADO No. \_\_\_\_\_**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado(a) con la C.C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ manifiesto que he sido invitado(a) a participar dentro de las Zonas de Orientación Laboral y Centros de Escucha dentro de mi contexto laboral en la Alcaldía de Pasto y que se me ha dado la siguiente información:

**Propósito de este documento:**

Este documento se le entrega para ayudarle a comprender las características del proceso de acompañamiento y de escucha el cual va a dar inicio, una vez Usted pueda decidir voluntariamente si desea participar o no. Si luego de leer este documento tiene alguna duda, pida al psicólogo que le aclaren sus dudas. Él le proporcionara toda la información que necesite para que Usted tenga un buen entendimiento de este proceso.

**Responsables:**

Este proceso de acompañamiento y escucha estará dirigido por el Profesional de la Psicología cuyo nombre es: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Expedida en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y tarjeta profesional No: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Riesgos y Beneficios:**

Las entrevistas y la obtención de información con el propósito de mejorar la calidad de vida, por lo tanto, no implica riesgo alguno para Usted; las respuestas dadas no tendrán ninguna consecuencia para su situación como colaborador; todo el proceso se hará con el mayor profesionalismo y responsabilidad ética. Como beneficio usted podrá obtener mayor información de su situación actual en términos psicológicos.

**Confidencialidad:**

La información obtenida será conocida por el profesional en mención, quien, en todo caso, se comprometen a no divulgar dicha información. Los resultados que se obtengan serán de uso exclusivamente en beneficio del colaborador.

**Derechos y deberes:**

Usted tiene derecho a conocer información obtenida durante el proceso y a retirarse posteriormente del proceso de acompañamiento, si así lo desea en cualquier momento y no tendrá que firmar ningún documento para hacerlo, ni informar las razones de su decisión, si no desea hacerlo. Ustedes como acudientes o representantes legales del menor deberán asumir los costos que sean necesarios durante el proceso evaluativo, por lo cual usted podrá solicitar información sobre los resultados al responsable. En caso que requiera algún tipo de tratamiento complementario usted será remitido a la entidad más pertinente para realizar en proceso.

Declaro que he leído o me fue leído este documento en su totalidad y que entendí su contenido e igualmente, que pude formular las preguntas que consideré necesarias y que estas me fueron respondidas satisfactoriamente. Por lo tanto, decido participar de las Zonas de Orientación Laboral y Centros de Escucha.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del Participante Nombre y firma del Psicólogo

C.C No. C.C No.

Fecha: Fecha: