

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MARCO DE LA ORIENTACIÓN Y  
ACOMPANIAMIENTO POR EL EQUIPO TRANSVERSAL A FAMILIAS, CUIDADORAS Y  
CUIDADORES**

Fecha de Diligenciamiento: 26 Junio 25  
Nombre del Niño o Niña: Leandro Sanchez Thomas.  
Tipo y número documento de identidad: RC 1233 700 552.  
Nivel: Prejardin B.  
Nombre madre, padre, cuidadora o cuidador: Laudys Paola Thomas.  
Tipo y número documento de identidad: CC 1048554679  
Celular: 321 588 3081

**LEA ATENTAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN QUE TIENE COMO OBJETIVO EXPLICARLE EL USO Y CONFIDENCIALIDAD DE SUS DATOS Y EL DE SUS HIJAS O HIJOS, ASÍ COMO SUS DERECHOS Y COMPROMISOS CON RESPECTO A LA ORIENTACIÓN Y LOS PROCESOS DE ACOMPANIAMIENTO POR PARTE DEL EQUIPO TRANSVERSAL. SI TIENE CUALQUIER DUDA CONSÚLTELA CON LA O EL PROFESIONAL.**

**USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS**

Toda la información concerniente al desarrollo de la orientación o acompañamiento de los profesionales del equipo transversal de manera individual y en medio familiar de la niña o niño participante del jardín infantil, así como la de su familia, incluyendo cualquier grabación de audio, video o reporte escrito, es de carácter confidencial<sup>1</sup> y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin su consentimiento expreso, excepto en los casos contemplados en el artículo 25 de la Ley 1090 de 2006, como cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial o administrativa competente<sup>2</sup>, se aclara que el alcance de los servicios en el marco de la orientación y el acompañamiento de los profesionales del equipo transversal, no contempla realizar ningún tipo de grabación de audio o video a niñas o niños, en caso de presentarse circunstancias particulares que presuntamente vulneren, amenacen o inobserven la supervivencia y el goce efectivo del ejercicio de sus derechos o la de algún miembro de su familia, esta se pondrá en conocimiento de la autoridad competente y suministrará la información estrictamente necesaria.

**ACOMPANIAMIENTO DEL EQUIPO TRANSVERSAL**

En el marco del acompañamiento, las acciones de las profesionales, estarán encaminadas a la orientación a las familias, padres, madres, cuidadoras, cuidadores y comunidad en temas relacionados con el desarrollo armónico e integral de las niñas y niños, alimentación infantil saludable, alimentación complementaria, lactancia materna, valoración integral de la salud, enfermedades prevalentes de la infancia, descanso y sueño reparador, límite y uso de pantallas, salud oral, vacunación en menor de cinco años, prevención, manejo y notificación de brotes, buen trato, protección integral, Ruta de Atención Integral, corresponsabilidad, garantía de sus derechos y el ejercicio de sus deberes que debe ser garantizado por sus familias, cuidadoras y cuidadores como agentes corresponsables, en todo caso este acompañamiento no se considerará como un proceso terapéutico.

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Las decisiones sobre la continuidad o suspensión de las actividades programadas por los profesionales son tomadas por usted(es). El proceso de acompañamiento requiere de su compromiso, asistencia, puntualidad y participación, todas las acciones reposarán en la historia social de la niña o niño.

En cualquier momento este consentimiento podrá ser revocado o podrá darse por terminada la relación con los profesionales del equipo transversal por parte de la familia de la niña o niño que haya solicitado el acompañamiento, evento en el cual se informará por escrito el motivo de revocación e inconformidad, a la o el responsable del servicio, sin que esto llegue a afectar el vínculo entre la familia, padre, madre, cuidadora o cuidador y el respectivo servicio prestado a la o el participante, relación comprendida en el marco de los principios de corresponsabilidad y reciprocidad, favoreciendo así la armonía y las relaciones fundadas en la confianza y cooperación entre ambas partes para promover la protección integral<sup>3</sup> de sus derechos; es por ello que el seguimiento será continuo para la niña, niño y su familia.

## DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Laudys Paola Thomas identificada(o) con tipo y número de documento de  
 identidad cc 1048554679 de Ayerat Beliver y  
 identificada(o) con tipo y número de documento de identidad  
 de Larido Sanchez Thomas en calidad de representante(s) legal(es) de la niña o niño  
 con tipo de documento y número de  
 identificación cc 1233700552 manifiesto:

- 1) Mi (nuestra) aceptación del proceso orientación o acompañamiento de los profesionales, encaminadas a la orientación y acompañamiento a las familias, padres, madres, cuidadores(as), y comunidad en temas relacionados con desarrollo armónico e integral de las niñas y niños, alimentación infantil saludable, alimentación complementaria, lactancia materna, valoración integral de la salud, enfermedades prevalentes de la infancia, descanso y sueño reparador, límite y uso de pantallas, salud oral, vacunación en menor de cinco años, prevención, manejo y notificación de brotes, buen trato, protección integral, Ruta de Atención Integral, corresponsabilidad, garantía de sus derechos y el ejercicio de sus deberes en mi (nuestra) calidad de agentes corresponsables de un servicio brindado por las profesionales, no considerándose como un proceso terapéutico. Este proceso me (nos) ha sido explicado y ha sido entendido por mí (nosotros) y cuyas condiciones generales me (nos) ha aclarado por los profesionales transversales en forma clara, objetiva, oportuna, veraz y completa.
- 2) Que la información que le brindo (brindamos) a los profesionales corresponde a mi (nuestra) realidad, y es verdad.
- 3) Que he (hemos) leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto (aceptamos) su contenido y las consecuencias que de él se deriven, accedo (accedemos) a lo anteriormente mencionado en forma libre, espontánea y clara.

Una vez leído, explicado y comprendido el acompañamiento que se seguirá en adelante, se firma el presente consentimiento informado el día 26 del mes 06 del año 2021 en la ciudad de Bogotá D.C.

Acepto ☐ No acepto ☒ (Marque con una x)

Firma padre o cuidador:  
 Nombres y apellidos completos:  
 Tipo y número de documento identidad:

Laudys Paola Thomas  
 Firma madre o cuidadora:  
 Nombres y apellidos completos:  
 Tipo y número de documento identidad: 1048554679

Silva D.C.R.O.  
 Firma de la o el profesional Transversal:  
 Nombres y apellidos completos: Silva D.C.R.O.  
 Tarjeta Profesional: 111702138

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### ACTA N°

FECHA: Bogotá, 26 Junio 26

HORA: 8 am.

LUGAR: 21 Pepitos

TEMA: Orientaciones para Riesgo a desnutrición del niño Leandro Sanchez Thomas. Prejordin B.

ASISTENTES: Leandro Thomas - Madre de Leandro Sanchez.  
Nutricionista de apoyo a extenderes.

#### ORDEN DEL DÍA:

- ① Socialización clasificación segunda toma de Leandro Sanchez Thomas.
- ② Orientaciones para riesgo a desnutrición

#### DESARROLLO:

Se realiza socialización a la madre de Leandro Sanchez de la segunda toma de peso y talla, 12.3 kg y 92.6 cm. fecha toma 2-5-25., con clasificación de riesgo a desnutrición. Se informa sobre mejoría de su estado nutricional ya que para el mes de junio se evidencia ganancia de peso en 100 gr y 0.4 cm de talla.

Sin embargo al continuar con clasificación de riesgo a desnutrición se entregan orientaciones para aumento de porciones y frecuencia en los tiempos de alimentación, preparaciones de alta densidad calórica para ofrecer en casa.

Madre refiere que en casa ya está iniciando a ofrecer preparaciones con leche deslactosada como avena, cereal granulada y cereales con leche, y no ha visto que le "haga daño a la madre". Sin embargo se sugiere a la madre esperar la cita con alergología o con especialista para comenzar introducción de los lácteos.

Madre refiere:

"Cita Pediatría 24 Julio." y en ella solicitará cita con alergología.  
Madre debe entregar soportes al jardín infantil de la cita del 24 de Julio. 2025.

En constancia de lo anterior firman:

| Nombres y Apellidos              | Cargo o Tipo de vinculación | Dependencia                   | Firma                |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------|
| Laudy Paola T<br>Silva Del Rocio | Madre.<br>Nutricionista     | cc 1048554679<br>SDIS Bogotá. | Laudy Paola<br>Silva |
|                                  |                             |                               |                      |

Anexos: Consentimiento informado.

Elaboró: Silvia Del Rocio