ACTA N°

FECHA: Bogotá, 19-06-25

HORA: 8am.

LUGAR: Ji Teptito.

TEMA: Orientaciones por riesgo a desnutrición segunda toma 2025.

ASISTENTES:

Nutricionista de Apoyo
Madre de Axel Tineo Campo (Cuidadores)

ORDEN DEL DÍA:

- Socialización clasificación nutricional 2da toma con madre de Axel Tineo Campo
- Orientaciones para riesgo a desnutrición.

DESARROLLO:

Se socializa clasificación nutricional del niño Axel Tineo Campo quien para la segunda toma de peso y talla presentó clasificación de riesgo a desnutrición.

Fecha de la toma: 7-4-25.
Peso: 9.7kg
Talla: 82cm

Para el mes de abril el niño estuvo con deposiciones frecuentes, diarrea motivo por el cual se encontraba posiblemente con riesgo a desnutrición, una vez realizada la modificación alimentaria para refrigeración de lácteos con soporte médico, Axel dejó de presentar diarreas y se evidencia mejoría en su estado nutricional.

Como consta en el seguimiento de 22 de mayo el niño tuvo un peso de 10.5kg y 82.3cm

...de la Ley 1090 de 2006 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico
...ético y otras disposiciones.
...ores de salud, seguridad, protección o justicia.
...ulo 7 de la Ley 1098 de 2006 por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia

Escaneado con CamScanner

Con clasificación de peso adecuado para la talla, tanto en casa como en el jardín actual está con restricción de lácteos.

Se entregan recomendaciones a la madre sobre higiene, lavado de manos, alimentos astringentes en caso de diarrea y se recuerda horarios de alimentación para el niño.

Madre recibe orientación a satisfacción.

Compromisos:

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución

CONVOCATORIA.

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Escarlet Campos.	4983555	Nutr.	ESCARLET C.
Silva Del Río	Nutricionista.	Sub Ergoter.	Sefra.

Anexos: Consentimiento informado.

Elaboró: Silva Del Río

Escaneado con CamScanner

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

Fecha de Diligenciamiento: 19-6-25.
Nombre del Niño o Niña: Axel Tineo Campo
Tipo y número documento de identidad: RC 10200 12536.
Nivel: Comedores
Nombre madre, padre, cuidadora o cuidador: Escarlet Campos
Tipo y número documento de identidad: 4983555.
Celular: 3124951967

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 ACOMPAÑAMIENTO 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[1] 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[2], 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.

ACOMPAÑAMIENTO 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[3] de sus derechos; es por ello que el seguimiento será continuo para la niña, niño y su familia.

Escaneado con CamScanner

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Escarlet Campos identificada(o) con tipo y número de documento de identidad 4983555 de _____ y _____ identificada(o) con tipo y número de documento de identidad _____ de _____ en calidad de representante(s) legal(es) de la niña o niño Axel Israel Pinto Campo con tipo de documento y número de identificación RC 1020012536. 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, limite 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 mí (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 19 del mes Junio del año 2025 en la ciudad de Bogotá.

Acepto [X] No acepto [ ] (Marque con una x)

Escarlet C.

Firma madre o cuidadora:
Nombres y apellidos completos:
Tipo y número de documento identidad:

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

Firma de la o él profesional Transversal:
Nombres y apellidos completos: Silvia Del R.O.
Tarjeta Profesional: MPD02438

Observaciones:

Escaneado con CamScanner