ACTA N°

FECHA: Bogotá, 17 dlio 25

HORA: 9 am

LUGAR: U1 Pepitos

TEMA: Orientación por riesgo a Sobrepeso a la niña Hade Naomy Rodriguez Ibarra.

ASISTENTES:

- Nutricionista.
- Madre de Naomy Rodriguez Ibarra.

ORDEN DEL DÍA:

- Orientación x Riesgo a Sobrepeso 2da toma.
- Suspensión restricción alimentaria.

DESARROLLO:

Se realiza orientación a la madre de Hade Naomy Rodriguez Ibarra con relación al riesgo sobrepeso presentado por la niña en la 2da toma de 2025.
(Fecha toma 7-4-25 Peso 15kg 90cm Riesgo sobrepeso).
La madre refiere que la niña esta presentado ansiedad por alimentarse, cada rato y estar comiendo seguido.

Se da orientaciones sobre frecuencia de alimentos masticación, se propone un ejercicio de usar manilla o contar los dedos de la mano para los masticaciones como un ejercicio para manejar la ansiedad de comer.
Se indica ofrecer agua y alimentos ricos en agua evitando alimentos dulces con poca fibra.

Powered by CamScanner

Se socializa con la madre nueva minuta y porciones a ofrecer.

Así mismo se indica que la modificación de suspender alimento pescado queda anulada ya que la nueva minuta no incluye pescado. es decir que Naomy ya no tiene modificación alimentaria a la minuta.

Compromisos:

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución

CONVOCATORIA.

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Ingrid Ibarra.	Madre Hogar Nutricional	1016082913.	
Silva Del Pilar	Nutricionista	Sds Integ.	

Anexos:

Elaboró: Silva Del Pilar.

Powered by 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: 17-07-2025.
Nombre del Niño o Niña: Hade Neory Rodriguez Ibarra.
Tipo y número documento de identidad: RC. 1016609204.
Nivel: Parvulos A.
Nombre madre, padre, cuidadora o cuidador: Ingrid Ibarra.
Tipo y número documento de identidad: CC. 1016082913.
Celular: 3107752140

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.

Powered by CamScanner

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Ingrid Ibarra. identificada(o) con tipo y número de documento de identidad 1016082913. de Bogotá. y _____ identificada(o) con tipo y número de documento de identidad _____ de _____ en calidad de representante(s) legal(es) de la niña o niño Hade Naoma Rodriguez Ibarra con tipo de documento y número de identificación RC. 1016609264 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 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 17 de Julio del mes Julio del año 2025. en la ciudad de Bogotá.

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

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

Firma madre o cuidadora:
Nombres y apellidos completos: Ingrid Ibarra.
Tipo y número de documento identidad: cc 1016082913

Silvia Del Rio

Firma de la o él profesional Transversal:
Nombres y apellidos completos: Silvia Del Rio
Tarjeta Profesional: MND 02431

Observaciones: _____

Powered by CamScanner