



 UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL <small>CONSEJO NACIONAL DE UNIVERSIDADES</small>	<b>FORMATO</b>	
	<b>ACTA DE REGISTRO ANTE SITUACIÓN DE RIESGO VITAL</b>	
Código: FOR022GBU	Versión: 01	
Fecha de Aprobación: 27-06-2017	Página 2 de 2	

### IDEACIÓN RIESGO VITAL

Se informa al estudiante o funcionario que parte del acompañamiento y tratamiento a su condición es la activación de las redes de apoyo primario por lo tanto se le dará aviso a sus familiares y/o acudientes, a la secretaria de salud distrital y se realizará seguimiento al estudiante o funcionario de manera particular, por medio del programa psicosocial y al grupo de Orientación y Apoyo Estudiantil -GOAE

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, \_\_\_\_\_, identificado/a con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, manifiesto que:

Estoy informado del procedimiento y doy mi consentimiento para activar redes de acompañamiento

Nombre \_\_\_\_\_ N° Cedula \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Se firma como forma de constancia por:

Funcionarios			Familiares y/o Acudientes		
Nombre	Firma	N° C.C.	Nombre	Firma	N° C.C.