



Número: _____	Código de barras
Institución: _____	

**CIUM - CONSENTIMIENTO INFORMADO ÚNICO PARA LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS DE MUCOSA BUCAL DE REFERENCIA PARA LA IDENTIFICACIÓN GENÉTICA DE PERSONAS DESAPARECIDAS**  
**(Antes de diligenciar el consentimiento revise el instructivo)**  
*Toda la información aquí registrada es estrictamente confidencial*

**Introducción para el muestreadante:** Para efectos de este consentimiento informado, la identificación humana por métodos genéticos consiste en establecer el parentesco entre una persona desaparecida y sus parientes biológicos más cercanos (padre, madre, hijos, abuelos u otros). Para este proceso, se requiere tomar muestras de mucosa bucal de los familiares de la persona desaparecida y extraer de estas muestras los perfiles genéticos de los familiares. El perfil genético es la información biológica única de cada persona, que se hereda de la madre y padre biológicos. Estos perfiles genéticos de los familiares, se comparan con los perfiles genéticos extraídos de restos no identificados, para realizar un cotejo y así identificar la persona desaparecida.

**TÉRMINOS Y ALCANCES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO (DE LECTURA OBLIGATORIA PARA EL MUESTRADANTE)**

La toma de la muestra de mucosa bucal se hace frotando un elemento estéril destinado para este fin contra la pared interna de la mejilla, en un procedimiento que toma unos minutos y no genera riesgos.

Entiendo que mi perfil genético puede ser extraído de mi muestra de mucosa bucal de acuerdo con los términos de este consentimiento informado.

La toma de la muestra, su procesamiento y los cotejos genéticos potenciales son gratuitos para mí como muestreadante. Mi participación en el proceso de identificación genética de persona(s) desaparecida(s) es voluntaria y tengo el derecho de negar la donación de mi muestra, sin consecuencia alguna.

Mi muestra, el perfil genético y/o mis datos personales, se almacenarán en las bases de datos que manejan las instituciones competentes y se procesarán únicamente en categorías dedicadas al proceso de búsqueda e identificación de personas desaparecidas. Mi muestra de mucosa bucal y/o la información que proviene de su procesamiento y análisis, no se pueden usar en procesos judiciales en contra mía o de mis familiares más cercanos.

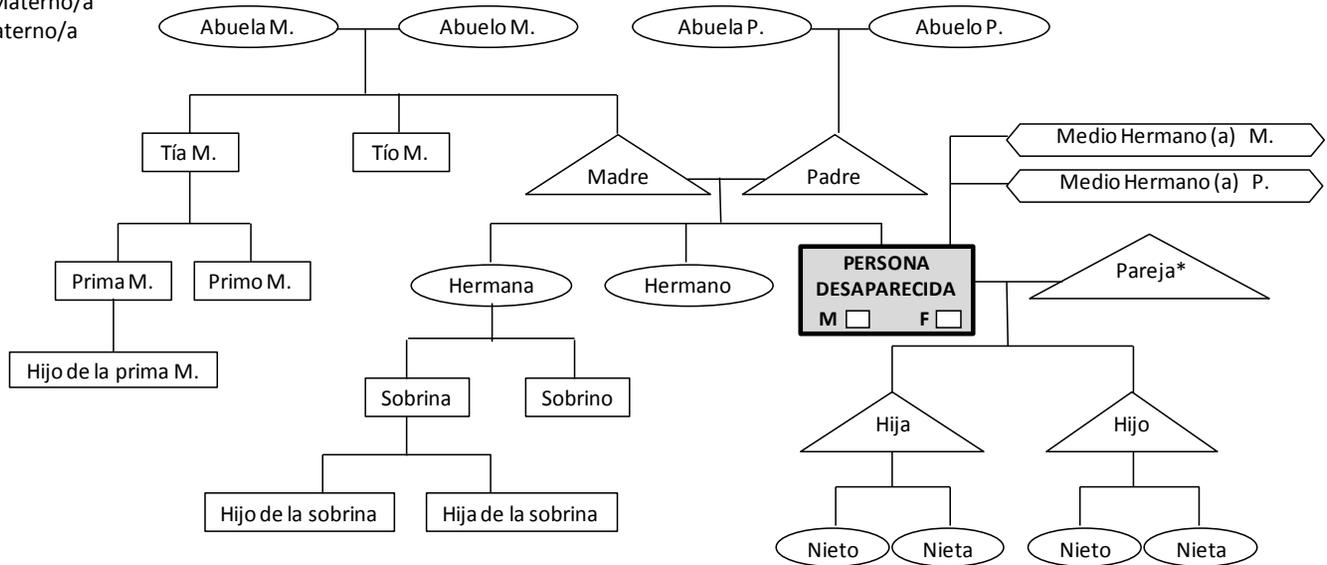
La entidad que ha tomado mi muestra puede transferir la muestra, mi perfil genético y/o información obtenida de estos, a otras instituciones con el sólo propósito de identificación de personas desaparecidas, quienes deben garantizar el mismo nivel de protección de esta información. En caso de que el estudio genético revele información sobre relaciones familiares no esperadas y/o información médica, ésta no me será transmitida.

La institución a la cual le proporciono mi muestra no me lo devolverá, de igual manera mi perfil genético. Estos se van a almacenar y custodiar adecuadamente garantizando su confidencialidad. En caso de hurto, acceso o destrucción no autorizados de mi muestra o del perfil genético extraído, seré informado de los hechos, y la institución competente podrá iniciar investigaciones para sancionar penal y/o disciplinariamente a los responsables. La institución destruirá la muestra y/o el perfil de forma apropiada si envió una solicitud escrita a la autoridad competente.

**MARQUE CON "X" SOBRE EL DIAGRAMA EL PARENTESCO BIOLÓGICO DEL MUESTRADANTE CON LA PERSONA DESAPARECIDA**

Guía para selección de muestreadantes según prioridad: 1ª opción =  2ª opción =  3ª opción =  4ª opción =

M= Materno/a  
P= Paterno/a



Marcar con una x en la figura de la persona desaparecida, el recuadro correspondiente a su sexo (M=masculino F=femenino)  
 En caso de que el muestreadante sea tío o sobrino paterno, u otro pariente no representado en la gráfica, anotar esta información en la sección de Observaciones.

\* La muestra de la pareja solo se toma si están disponibles los hijos que tuvo con la persona desaparecida.

**SIGUIENDO EL DIAGRAMA, INDIQUE LOS PARIENTES MÁS CERCANOS A LA PERSONA DESAPARECIDA QUE TAMBIÉN PUEDAN SER MUESTRADANTES**

Nombre completo	Teléfonos	Ubicación (Dirección, ciudad y departamento)	Parentesco con la persona desaparecida
1) _____	_____	_____	_____
2) _____	_____	_____	_____
3) _____	_____	_____	_____
4) _____	_____	_____	_____

*(En caso que los familiares biológicos genéticamente informativos hayan fallecido, señalar lugar en el que se encuentran inhumados)*

**INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE MUESTRADANTE ADULTO**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo nombre Primer apellido Segundo apellido

Sexo: F  M  Tipo documento de identidad: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: dd / mm / aaa Lugar nacimiento: \_\_\_\_\_  
Departamento y municipio

Teléfono casa: \_\_\_\_\_ Tel. trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_ Dirección residencia: \_\_\_\_\_

Ciudad/Municipio: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Número de familiares desaparecidos relacionados biológicamente con el muestreadante: \_\_\_\_\_

Confirmo que he conocido el contenido del presente consentimiento informado, que no he manifestado impedimento cultural, religioso u otro para donar mi muestra, que la información que proporciono es correcta hasta donde yo sé y entiendo que ésta es importante para el proceso de identificación de mi(s) familiar(es) desaparecido(s) u otras personas desaparecidas. Reconozco que es mi responsabilidad notificar a la institución que tomó mi muestra de cualquier cambio de dirección u otros datos.

**De acuerdo con los términos del presente consentimiento, acepto donar mi muestra de mucosa bucal, que mi perfil genético sea extraído y procesado si es necesario, que mi nombre y otra información se almacenen en bases de datos confidenciales, con el sólo propósito de identificación de personas desaparecidas.**

Lugar: \_\_\_\_\_  
Departamento, ciudad, municipio, vereda, corregimiento (y país si la muestra se toma fuera de Colombia)

Firma muestreadante: \_\_\_\_\_ Fecha: dd / mm / aaaa

**INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE MUESTRADANTE MENOR DE EDAD O ADULTO EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD MENTAL O COGNITIVA****Datos del muestreadante:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo nombre Primer apellido Segundo apellido

Sexo: F  M  Tipo documento de identidad: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa Lugar nacimiento: \_\_\_\_\_  
Departamento y municipio

Número de familiares desaparecidos relacionados biológicamente con el muestreadante: \_\_\_\_\_  
En letras y números

**Datos del representante legal:** Padre  Madre  Otro Cuál: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo nombre Primer apellido Segundo apellido

Tipo documento de identidad: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Dirección residencia: \_\_\_\_\_ Ciudad/Municipio: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Tel. residencia: \_\_\_\_\_

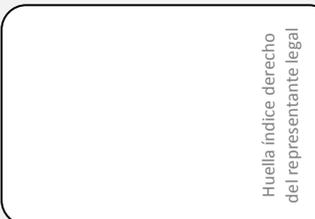
Tel. trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Otros teléfonos: \_\_\_\_\_

Declaro que soy el representante legal del muestreadante, que mi patria potestad o tutela no se han terminado o limitado de ninguna manera y que tengo la autoridad legal para dar consentimiento a la realización de los procedimientos en cuestión, en nombre del muestreadante. Confirmo que he conocido el contenido del presente consentimiento informado, que el muestreadante no presenta impedimento cultural, religioso u otro para la donación de la muestra, que la información que proporciono es correcta hasta donde yo sé y reconozco que es mi responsabilidad notificar a la institución que tomó la muestra de cualquier cambio de dirección del muestreadante u otros datos.

**De acuerdo con los términos del presente consentimiento informado, autorizo tomar la muestra de mucosa bucal del muestreadante identificado arriba, que su perfil genético sea extraído y procesado si es necesario que su nombre y otra información se almacenen en bases de datos confidenciales, con el sólo propósito de identificación de personas desaparecidas.**

Lugar: \_\_\_\_\_  
Departamento, ciudad, municipio, vereda, corregimiento

Firma representante: \_\_\_\_\_ Fecha: dd / mm / aaaa

**INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA DESAPARECIDA**

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo nombre Primer apellido Segundo apellido

Sexo: F  M  Tipo documento de identidad: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Fecha nacimiento: dd / mm / aaaa Edad al momento de desaparición: \_\_\_\_\_

Fecha presunta de desaparición: dd / mm / aaaa

Lugar presunto de la desaparición: \_\_\_\_\_  
Departamento, ciudad, municipio, vereda, corregimiento y/o sector

*(En caso que haya más de una persona desaparecida relacionada biológicamente con el muestreadante, diligenciar el anexo CIUM. ANX.1 – Otros familiares desaparecidos)*

**OBSERVACIONES RELEVANTES PARA LA IDENTIFICACIÓN:**

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

### CONSENTIMIENTO INFORMADO ADICIONAL PARA ESTUDIOS GENÉTICOS POBLACIONALES (OPCIONAL)

El estudio poblacional tiene como fin la realización de investigaciones científicas para determinar las características genéticas de la población colombiana, lo que fortalece los estudios genéticos de identificación humana, incluyendo la identificación en casos de desaparición.

**Estoy de acuerdo con que mi perfil genético se desligue de mis datos personales (nombre y otros datos individualizantes) y sea utilizado como información anónima en investigación científica de carácter genético poblacional con fines de identificación humana. Dado el anonimato de mi perfil genético, entiendo que los resultados de los posibles estudios poblacionales no me serán informados.**

Nombre muestradante: \_\_\_\_\_

Pertenece a un grupo étnico: Si  No  Cuál: \_\_\_\_\_

Fecha nacimiento: dd / mm / aaaa Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Departamento, ciudad, municipio, vereda, corregimiento

Lugar de residencia últimos cinco (5) años: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento del padre biológico del muestradante: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento de la madre biológica del muestradante: \_\_\_\_\_

Firma muestradante/representante legal: \_\_\_\_\_

#### ESPACIO PARA EL SERVIDOR QUE DILIGENCIA EL CONSENTIMIENTO. Confirmando que:

- He preguntado si la persona posee algún impedimento para donar la muestra.
- He preguntado los antecedentes clínicos del muestradante y me ha informado lo siguiente:
  1. ¿Ha recibido transfusión de sangre en los últimos tres (3) meses? Si  No
  2. ¿Ha recibido trasplantes de médula ósea en los últimos seis (6) meses? Si  No
  3. ¿Sufre de alguna enfermedad infectocontagiosa como hepatitis o SIDA? Si  No
- Le he explicado al muestradante el propósito y el proceso de toma de muestra.
- He puesto mi mayor diligencia en el registro de datos en este formato.
- La información registrada corresponde a la suministrada por el muestradante o los documentos presentados.
- He revisado el listado de otros posibles muestradantes y he indicado la necesidad de su ubicación y toma de muestra.
- He verificado que en la tarjeta de toma de muestra y todos los documentos que la acompañan, se han registrado el nombre del muestradante, su documento de identidad y los números de referencia de la muestra.
- La toma se ha realizado de acuerdo con los principios de bioseguridad, cadena de custodia y manejo de evidencia.
- He entregado al muestradante una constancia del presente proceso.

Nombre funcionario: \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo nombre Primer apellido Segundo apellido

Número documento de identidad: \_\_\_\_\_ Institución/ ciudad: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DE QUIEN RECOLECTA LA MUESTRA:

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo nombre Primer apellido Segundo apellido

Número documento de identidad: \_\_\_\_\_ Institución/ciudad: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

### SEGUIMIENTO DEL CASO (INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL PROCESO DE BÚSQUEDA E INVESTIGACIÓN)

Esta sección se diligencia en el momento de recolección de la muestra o posteriormente dependiendo de la disponibilidad de la información.

Número proceso/radicado: \_\_\_\_\_ Número Único Noticia Criminal: \_\_\_\_\_

Fecha y lugar de Exhumación: \_\_\_\_\_ Acta: \_\_\_\_\_ Fosa: \_\_\_\_\_

Número de Registro de Desaparecido: \_\_\_\_\_ Protocolo de necropsia: \_\_\_\_\_

Oficio solicitud de toma: \_\_\_\_\_ Fecha: dd / mm / aaaa

Autoridad solicitante (despacho, ciudad): \_\_\_\_\_

Otro número (ej. protocolo, OT, etc.; especifique): \_\_\_\_\_

Quien realiza el seguimiento: \_\_\_\_\_  
nombre completo código, número de identificación y firma

Consentimiento informado único para la toma y procesamiento de muestras de mucosa bucal de referencia para la identificación genética de personas desaparecidas, versión 1, acta N° 19 – 09 del Centro Único Virtual de Identificación. Este formato se constituye como evidencia por lo tanto se encuentra protegido bajo los artículos 254 a 256 del Código de procedimiento penal (Ley 906 de 2004) y el Manual de cadena de custodia (Resolución FGN No. 06394 de 2004). Reglamentado: Artículo 5, Ley 1408 de 2010. Resolución 0-2760, Noviembre 22 de 2010 del Fiscal General de la Nación. Página 3 de 3

	<b>CONSTANCIA DESPRENDIBLE</b>	Número: _____ Institución: _____	Código de barras
--	--------------------------------	-------------------------------------	------------------

\_\_\_\_\_ confirma que el dd / mm / aaaa, en \_\_\_\_\_  
Entidad, seccional, unidad, dependencia, etc.

\_\_\_\_\_ Lugar, ciudad o municipio, departamento

Si  No  fue tomada muestra de mucosa bucal, y fue diligenciado el correspondiente consentimiento informado de :

\_\_\_\_\_ Primer nombre Segundo nombre Primer apellido Segundo apellido

(En caso de muestradante menor de edad o adulto en condición de discapacidad, la toma Si  No  la autorizó quien declaró ser su representante legal: \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_ Primer nombre Segundo nombre Primer apellido Segundo apellido

**En caso de que se haya tomado la muestra, se consta que se hizo con el propósito de la búsqueda e identificación de personas desaparecidas bajo los términos del Consentimiento informado único para la toma y procesamiento de muestras de mucosa bucal de referencia para la identificación genética de personas desaparecidas.**

Para hacer seguimiento al procesamiento de la muestra o en caso de requerir información adicional sobre el proceso de búsqueda, identificación de personas desaparecidas y otra relacionada, comunicarse con la Fiscalía General de la Nación a la línea de atención gratuita nacional 01 8000 916999.