

	DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA	Página 1 de 5
		Código: FO-EP-12
		Versión: 03
		Fecha de actualización: 15/04/2026
		Actualizado por: Equipo interdisciplinario

Parte I - Información inicial:

El **Documento de Voluntad Anticipada (DVA)** es un instrumento que le permite a toda persona capaz de decidir libremente, sana o enferma, expresar las decisiones relevantes con respecto a sus preferencias en la atención en salud y al final de su vida, de una manera anticipada en el caso de que en un futuro se encuentre incapacitado o limitado para manifestarlas.

El DVA garantiza el derecho al libre desarrollo de la personalidad y a la autonomía de la persona que lo suscriba. Se puede hacer en cualquier momento que la persona lo considere necesario y puede tener todas las modificaciones que la persona desee.

Lo puede suscribir cualquier persona capaz, en pleno uso de sus facultades legales y mentales y con total conocimiento de las implicaciones de esa declaración. Incluso también los adolescentes entre 14 y 18 años podrán manifestar sus preferencias de forma anticipada en el caso de encontrarse con un diagnóstico de enfermedad terminal o condición amenazante para la vida.

La formalización del Documento de Voluntad Anticipada (DVA) según la Resolución 2665 de 2018 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social refiere que debe hacerse bajo estas opciones:

- **Ante el médico tratante:** se realiza el documento después de la asesoría médica, no requiere otros testigos y debe contener los nombres, apellidos, número de registro médico y documento de identificación del médico tratante en adición a la firma de este.

- **Ante 2 testigos:** Se deben elegir dos personas que testifiquen que la expresión de sus voluntades anticipadas se hace de manera libre. Cada testigo debe firmar el documento con sus datos completos (nombre, documento de identificación). En este caso también se puede realizar a través de un video donde debe aparecer la persona que expresa sus deseos y sus dos testigos.

- Son inhábiles para asumir esta calidad de testigos:

1. Los menores de edad.
2. Los que estén en interdicción por presentar una condición de discapacidad cognitiva o discapacidad por enfermedad mental.
3. Los que no entiendan el idioma que habla el otorgante, salvo que se encuentre un intérprete presente.
4. Los condenados a la pena de prisión por más de cuatro años, por el tiempo de la pena, y en general los que por sentencia ejecutoriada estuvieren inhabilitados para ser testigos.
5. Los extranjeros no domiciliados en el territorio.
6. Las personas con quien tenga relación laboral, patrimonial, de servicio u otro vínculo que genere obligaciones con la persona que realiza la declaración.

- **Ante Notario:** se hará, a través de escritura pública debidamente protocolizada, como una opción exclusiva y preferente de quien la suscribe, se deberá tener en cuenta la normativa pertinente en materia notarial. No requiere otros testigos.

Parte II - Definiciones:

Para la interpretación de este documento estos son los términos médicos y legales usados en él.

- **Hidratación, alimentación o nutrición suministrada artificial o tecnológicamente:** significa el suministro de alimentos o de fluidos por vía intravenosa, sondas, mangueras, tubos, catéter o cánulas.
- **Resucitación cardiopulmonar o RCP:** significa el tratamiento para tratar de restablecer la respiración o las pulsaciones cardíacas. La resucitación cardiopulmonar puede hacerse

	DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA	Página 2 de 5
		Código: FO-EP-12
		Versión: 03
		Fecha de actualización: 15/04/2026
		Actualizado por: Equipo interdisciplinario

mediante respiración boca a boca, presionando sobre el pecho, colocando un tubo en la garganta a través de la boca o la nariz, administrando medicamentos, dando choques eléctricos en el pecho, colocando ventiladores o respiradores mecánicos o mediante otros medios.

- **Orden de no resucitar:** significa la orden médica impartida y consignada en mi historia clínica por mi médico particular, o por uno de los médicos que me asista, que me haya examinado y que, dentro de un grado razonable de certeza médica, indique que no me administren resucitación cardiopulmonar.
- **Cuidado de la salud:** significa todo procedimiento médico (incluyendo el dental, de enfermería, psicológico y quirúrgico), tratamiento, intervención o cualquier otro medio usado para mantener, diagnosticar o tratar cualquier condición física o mental.
- **Apoderado especial o Representante a cargo del cuidado de mi salud:** la persona natural, mayor de edad, a quien designo para que tome en mi nombre las decisiones sobre el cuidado de mi salud cuando yo no esté en condiciones de hacerlo. Se puede delegar uno o más sustitutos en orden de prioridad. Adicionalmente usted podría limitar las funciones del representante.
- **Tratamiento para mantener o sostener la vida:** significa todo cuidado de la salud incluyendo hidratación y nutrición suministrada artificial o tecnológicamente, cuyo objetivo principal sea prolongar el proceso de morir.
- **Estado permanente de inconsciencia:** significa una condición irreversible en la que no tenga conciencia de mí mismo ni de las circunstancias que me rodean. Cuando se presente este estado, mi médico o el médico que me esté asistiendo, me debe examinar y declarar que la pérdida total de las funciones superiores del cerebro me ha dejado incapaz de sentir dolor o sufrimiento.
- **Condición o enfermedad terminal:** significa una condición irreversible, incurable e intratable causada por enfermedad, heridas o traumatismo físico. Mi médico o el médico que me esté asistiendo, me examinará y dictaminará que la condición de mi salud es irreversible, que no me puedo recuperar y que la muerte ocurrirá en relativamente corto tiempo, a menos que prolonguen mi vida mediante tratamientos artificiales de sostenimiento, los cuales reitero que rechazo me sean aplicados.
- **Cuidados médicos paliativos:** significa toda medida que se tome para disminuirme el dolor o el malestar físico, psíquico o moral, pero que no posponga mi muerte o prolongue mi agonía. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las áreas de trabajo básico en cuidados paliativos son: el cuidado total, el control de síntomas, el control del dolor, el apoyo emocional al paciente y a la familia y el manejo del estrés.
- **Sedación paliativa:** es una intervención médica que utiliza fármacos para disminuir conscientemente el nivel de conciencia en pacientes con enfermedades terminales, buscando aliviar síntomas refractarios (intratables) como dolor intenso, disnea o delirium. Se aplica como último recurso, con consentimiento y no busca acortar la vida
- **Eutanasia:** La eutanasia es un procedimiento médico en el que se adelanta la muerte de una persona que a causa de una enfermedad grave, degenerativa e incurable ha expresado su deseo de no prolongar su vida. Es legal en Colombia desde 1997 y reglamentada desde 2015, consolidándose como pionero en Latinoamérica. Tras la sentencia C-233 de 2021 de la Corte Constitucional, no se requiere enfermedad terminal, sino padecer una lesión o enfermedad grave e incurable que genere dolor intenso,

Parte III - Instrucciones generales

 ClínicaVida especialistas en cáncer Fundación Colombiana de Cancerología	DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA	Página 3 de 5
		Código: FO-EP-12
		Versión: 03
		Fecha de actualización: 15/04/2026
		Actualizado por: Equipo interdisciplinario

Al firmar este documento usted confirma que ha recibido información clara, suficiente y objetiva acerca de sus derechos, y que libre y conscientemente expresa su voluntad anticipada en los siguientes términos:

Yo, _____, identificado(a) con el documento de identificación número _____, expedido en _____, actuando acorde con lo establecido en la normatividad vigente, por medio del presente documento, en forma **libre**, en pleno uso de mis facultades mentales, voluntariamente y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte de los médicos tratantes, otorgo mi consentimiento o disenso y deseo que las personas que se preocupan por mí, mis familiares, seres queridos y el personal de salud que durante mi atención deba brindarme sus servicios, **conozcan mis decisiones** en relación con los cuidados médicos que quiero recibir, en caso que yo no pueda hacérselas saber directamente.

Deseo que los integrantes del equipo asistencial a cargo de mi atención de salud **inicien sólo** aquellos tratamientos que me permitan mantener una calidad de vida aceptable.

Si mi calidad de vida se vuelve inaceptable y mi enfermedad se hace irreversible, sólo en estas circunstancias, deseo que se descarte, retire o evite el uso de cualquier tratamiento o intervención que prolongue innecesariamente mi vida.

Una calidad de vida inaceptable para mí significa:

- Permanecer en estado de inconsciencia irreversible (estado de coma o estado vegetativo permanente) ☐
- Ser incapaz, de manera permanente, de comunicar mis necesidades y de reconocer a mis familiares o a mis amigos ☐
- Ser incapaz de proveerme de manera total o casi totalmente y en forma permanente, mis cuidados básicos ☐
- Padecer un dolor o sufrimiento intolerable para mí a pesar de los esfuerzos del equipo asistencial ☐
- Otros que usted considere: _____

Exclusivamente si me encuentro en cualquiera de las situaciones antes señaladas, quiero que los integrantes del equipo asistencial a cargo de mi atención respeten mis siguientes decisiones, debiendo marcar en cada casilla lo que se opta o no:

Alimentación por medios artificiales (sondas, catéteres):	Deseo	☐	No deseo	☐
Reanimación cerebro/cardio/pulmonar:	Deseo	☐	No deseo	☐
Ventilación mecánica invasiva (intubación):	Deseo	☐	No deseo	☐
Ingreso al servicio de cuidado intensivo:	Deseo	☐	No deseo	☐
Traqueostomía	Deseo	☐	No deseo	☐
Terapia de reemplazo renal (diálisis)	Deseo	☐	No deseo	☐
Intervenciones quirúrgicas (cirugías):	Deseo	☐	No deseo	☐
Transfusión de sangre y derivados:	Deseo	☐	No deseo	☐
Otros:				
	Deseo	☐	No deseo	☐
	Deseo	☐	No deseo	☐

 ClínicaVida especialistas en cáncer Fundación Colombiana de Cancerología	DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA	Página 4 de 5
		Código: FO-EP-12
		Versión: 03
		Fecha de actualización: 15/04/2026
		Actualizado por: Equipo interdisciplinario

En relación con la **información sobre la enfermedad, resultado de exámenes y planes terapéuticos**

Deseo ☐ No Deseo ☐ estar informado. Por otra parte, solicito que la información sea solamente compartida con:

En relación con la **necesidad de cuidados espirituales** quisiera:

En relación con la **solicitud de Muerte Médicamente Asistida a través de Eutanasia:**

Deseo ☐ No Deseo ☐ que me sea practicado el procedimiento en caso de cumplir con todos los requisitos establecidos en la normatividad vigente.

En relación con la **donación de órganos y tejidos:** Deseo ☐ No Deseo ☐ ser donante. En caso afirmativo, los dono con fines de: Trasplante ☐ Investigación ☐ Docencia ☐

Cuando se produzca la muerte, estas **son mis peticiones con respecto a los ritos funerarios:**

En todo caso, **deseo que se adopten todas las medidas necesarias de cuidado paliativo para el control efectivo de cualquier síntoma que pueda ser manifestación de dolor, sufrimiento o malestar.** Si mi médico tratante considera que cumplo criterios y propone la **Sedación Paliativa** Deseo ☐ No Deseo ☐ acceder a ella.

Para hacer la mejor interpretación de mi voluntad y preferencias, delego como **representantes para la toma de decisiones adicionales** en mi proceso de enfermedad y final de vida a:

Representante #1:

Nombres y apellidos completos: _____
Número de identificación: _____ Parentesco: _____
Celular: _____ Correo electrónico: _____

Representante #2:

Nombres y apellidos completos: _____
Número de identificación: _____ Parentesco: _____
Celular: _____ Correo electrónico: _____

Finalmente expreso que he sido informado acerca de mi derecho a revocar esta decisión en cualquier momento y que ello no afectará la calidad del cuidado médico y sanitario a que tengo derecho.

En constancia de mi voluntad libre y voluntaria, suscribo el presente documento en la ciudad de _____ el día ____ del mes _____ del año _____

Firmas:

Firma del otorgante: _____
Nombre completo: _____
Identificación: _____
Celular: _____

	DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA	Página 5 de 5
		Código: FO-EP-12
		Versión: 03
		Fecha de actualización: 15/04/2026
		Actualizado por: Equipo interdisciplinario

(Dependiendo de la forma de otorgamiento elegida, proceda a diligenciar las firmas correspondientes)

- Diligencie este campo solo en caso de elegir otorgarlo ante dos testigos:

Testigo 1:

Nombres y apellidos completos: _____

Número de identificación: _____

Celular: _____

Firma: _____

Testigo 2:

Nombres y apellidos completos: _____

Número de identificación: _____

Celular: _____

Firma: _____

- Diligencie este campo solo en caso de elegir otorgarlo ante el médico tratante:

Firma del médico: _____

Número de identificación: _____

Nombres y apellidos completos: _____

Registro médico: _____

Con esta declaración se da cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 1, 13, 16, 18, 19 y 28 de la Constitución Política de Colombia; 1, 2, 8, 13 y 15 de la Ley 23 de 1981 y a la Resolución 2665 de 2018 expedida por el Ministerio de Salud.

Este documento corresponde a una guía proporcionada por el equipo de Dolor y Cuidado Paliativo y Psiquiatría de la **Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida**, elaborada acorde a los requisitos establecidos en la ley con el fin de facilitar a los usuarios el libre ejercicio de sus derechos fundamentales, pero se aclara que este formulario no restringe o limita la posibilidad de que se valide ante la entidad un documento de declaración anticipada contenido en otro tipo de formato, siempre que el mismo reúna los requisitos establecidos en la ley.

La **Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida**, dando cumplimiento a la Ley estatutaria 1581 de 2012 la cual reglamenta la protección de datos personales y su Decreto reglamentario 1377 de 2013, informa que es responsable del tratamiento de datos personales y podrá continuar con el tratamiento de las mismas o similares finalidades dando cumplimiento a la normatividad vigente.