

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REGISTRO DE INFORMACIÓN
Y PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES
DIÁLOGOS INFLUENCER X NATURALEZA
UNIVERSIDAD DISTRITAL**

Ante la situación de emergencia sanitaria global - pandemia COVID-19 y considerando la reapertura gradual, progresiva y segura para el desarrollo de actividades pedagógicas, y con el fin de que el niño, niña o adolescente _____ identificado con tarjeta de identidad No. _____ pueda asistir al espacio de diálogo de Influencer X Naturaleza, con sistematización liderada por la Universidad Distrital y acompañado por el Colegio Técnico José Félix Restrepo, acepto que conozco y entiendo a cabalidad que:

1. Me ha sido informado que los talleres serán realizados en el Colegio Técnico José Félix Restrepo en Bogotá, el día 29 de octubre de 8:00am a 11:00am. (llegando a las 7:30 am)

2. Conozco que las actividades se desarrollarán bajo el Protocolo de Bioseguridad para la prevención y mitigación del Covid-19 elaborado por la Universidad Distrital, con base en los lineamientos expedidos por las autoridades nacionales y locales.

3. El Coronavirus – COVID 19 es un grupo de virus que causa enfermedades que van desde el resfriado común hasta, síndromes respiratorios e incluso la muerte. Entre los síntomas que pueden presentarse como consecuencia del contagio se encuentran dificultad respiratoria, malestar general, decaimiento, fiebre, escalofríos, tos, náuseas y pérdida de olfato/gusto.

4. El periodo entre la exposición al virus y la aparición de los primeros síntomas es extenso y durante el mismo los portadores pueden ser asintomáticos, por lo que resulta imposible determinar cuáles son las personas portadoras del COVID-19 durante este periodo.

5. Reconozco la naturaleza contagiosa del COVID-19, el hecho de que no es posible enumerar completamente los riesgos individuales de contraerlo o ser vector de contagio, y el riesgo inherente de exposición para el niño, niña y/o adolescente, para quien le acompañe, para la familia o para el personal de quienes realicen las actividades.

6. En virtud de todo lo anterior soy consciente de la imposibilidad para la Universidad Distrital y el Colegio José Félix Restrepo, de prevenir todo riesgo de infección y garantizar que esta no ocurra, incluso cumpliendo rigurosamente todos los protocolos de protección, seguridad e higiene disponibles e instaurados.

7. Habiendo comprendido plena y libremente los anteriores términos, con la firma del presente documento confirmo la asistencia de mi hijo/hija a las actividades del proyecto Influencer X Naturaleza y declaro que:

- Me comprometo a informar a la Universidad Distrital y al Colegio José Félix Restrepo cualquier novedad asociada a la sospecha o contagio del niño, niña y/o adolescente y/o miembro su núcleo familiar.
- Autorizo a quienes desarrollan las actividades a compartir la información personal o familiar relacionada con Covid-19, consignada en el anexo 1, para las instancias de monitoreo de salud pública.
- Autorizo para que se realicen las preguntas pertinentes al estado de salud del niño, niña, adolescente y a que se tome la temperatura al ingreso de cada encuentro para la realización del taller.
- Aceptamos de manera libre, voluntaria y espontánea, sin ningún tipo de presión, los talleres y por lo tanto exoneramos de cualquier responsabilidad y culpa y renunciamos de manera voluntaria e irrevocable, a iniciar cualquier tipo de acción legal, judicial y extrajudicial en contra de la Universidad Distrital y la Institución Educativa.

ANEXO 1- CARACTERIZACIÓN DE LAS FAMILIAS

Con el propósito de realizar la caracterización de las familias de los niños, niñas y adolescentes que hacen parte de la institución _____ y establecer medidas adecuadas para su protección y para la prevención de la propagación del COVID-19, le solicitamos brindarnos la siguiente información:

Nombre de su hijo o hija: _____

Fecha de nacimiento: _____

Señale si su hijo o hija:

Habita o está al cuidado de personas mayores a 65 años.

Señale si en el núcleo familiar hay:

Personas con enfermedades pulmonar crónica o asma moderada a grave.

Personas diagnosticadas con VIH

Personas con afecciones cardíacas graves.

Personas con obesidad grave (IMC de 40 o superior).

Personas con su sistema inmunitario deprimido.

Personas con diabetes.

Personas en tratamiento de quimioterapia.

Personas con enfermedad renal crónica en tratamiento de diálisis.

Personas con trasplantes de órganos o medula espinal.

Personas con enfermedad hepática.

Personas en estado de embarazo

Personas menores de 2 meses de edad.

Espacio para anotar alguna información adicional que debemos conocer.

El tratamiento que se realizará con la información recolectada será para la prevención y mitigación del COVID 19.

Nombre de la persona que diligencia la información _____

Parentesco. (Madre, padre o acudiente) _____

Firma _____

C.C. _____

Fecha: _____

Teléfono de contacto: _____

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA Y USO DE IMÁGENES Y AUDIOS DE MENORES DE 18 AÑOS

Yo _____ mayor de edad y residente en _____, identificado(a) como aparece al pie de mi firma; en calidad de _____ del niño(a) menor edad _____, identificado con documento No. _____, en adelante EL MENOR DE EDAD, sobre quien tengo pleno ejercicio de la patria potestad de conformidad con las leyes de la República de Colombia, por medio de la presente autorizo a Fondo Acción así como a sus aliados, o cualquier otra persona jurídica o que el Fondo Acción autorice para:

1. Tomar fotografías, realizar grabaciones en video o audio y similares del MENOR DE EDAD y de sus opiniones, a través de cualquier medio físico, electrónico o impreso o de otra naturaleza (en delante de las “imágenes y audios”).
2. Divulgar, publicar, exponer, producir, duplicar y distribuir las imágenes y audios a través de cualquier otro medio de comunicación virtual, incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram y YouTube.
3. Utilizar las imágenes y audios incluyendo el uso público promocional de mercadeo y otros semejantes (en adelante “uso promocional”) en cualquier lugar del mundo y en cualquier tiempo.
4. Modificar, adaptar, arreglar las imágenes y audios para Uso Publicitario y como información para donantes y aliados, entendiéndose esto que en ningún momento constituye violación a los derechos, al honor, a la intimidad personal y a la propia imagen de EL MENOR DE EDAD.

Declaro que no existen limitaciones legales o contractuales para la utilización de las imágenes y audios y libero al Fondo Acción de cualquier responsabilidad por la utilización lícita de las imágenes y audios y términos señalados. Entiendo que, si Fondo Acción o un aliado de esta organización utiliza las imágenes y audios en sus comunicaciones en redes sociales, existe la posibilidad que alguien las comparta, las copie, o de que se vuelvan virales y esto está fuera del control del Fondo Acción o de su aliado.

Entiendo que los aliados de Fondo Acción pueden usar una imagen o audio en asociación con el trabajo de otra fundación, siempre y cuando esto no constituya una violación a los derechos, al honor, a la intimidad personal y a la propia imagen de EL MENOR DE EDAD. Reconozco que, si no estoy contento/a con la manera en la que se está utilizando la imagen o audio del MENOR DE EDAD, puedo retirar mi autorización en cualquier momento con una comunicación escrita a Fondo Acción.

Reconozco expresamente que esta autorización a favor de Fondo Acción se realiza de forma gratuita y por tanto manifiesto que Fondo Acción no debe suma alguna por el concepto de esta autorización. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno, por concepto de uso comercial u otro que hiciere Fondo Acción o cualquier persona natural o jurídica que haya sido autorizada por Fondo Acción para utilización de las imágenes y audios.

Nombre y apellido del padre, madre o acudiente: _____

Identificación del padre, madre o acudiente: _____

Firma del padre, madre o acudiente: _____

Fecha: _____