



COLEGIO HERMANAS MISIONERAS DE SANTA TERESITA - PROVINCIA "LA INMACULADA"  
NIT: 900495884-2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL REGRESO ACADÉMICO DEL COLEGIO HERMANAS MISIONERAS DE SANTA TERESITA -  
PROVINCIA "LA INMACULADA"

Yo \_\_\_\_\_ Identificado con CC \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en calidad de  
**REPRESENTANTE LEGAL del ESTUDIANTE** \_\_\_\_\_ identificado con \_\_\_\_\_ numero  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, entiendo y acepto que debo cumplir con los requisitos y recomendaciones de bioseguridad y los  
elementos de protección personal EPP establecidas para el retorno escolar. Así mismo asumo la responsabilidad del riesgo de contagio  
que conllevan los desplazamientos, la actividad académica y el retorno a la vivienda.

Informo que me han sido explicados por parte de mis docentes y directivos del colegio todos los riesgos adicionales que asumo al realizar esta  
práctica académica y por lo tanto me comprometo a cumplir estrictamente cada uno de los protocolos de bioseguridad.

Igualmente me comprometo a informar y comunicar oportunamente cualquier cambio en la salud, problemas respiratorios, fiebre o malestar en  
general durante los días que se realiza el retorno escolar

El hecho de haber tenido una exposición previa al virus, no me libera de una reinfección, por lo que me comprometo a cumplir con todos los  
protocolos de bioseguridad.

Soy consciente que pese al cumplimiento de todos los protocolos de Bioseguridad existe una probabilidad de contagio de COVID 19. Cabe  
señalar que a pesar de que no tenga síntomas, tengo la posibilidad de ser portador asintomático de la enfermedad; los riesgos asociados a la  
exposición de COVID-19 son: muerte, síndrome de dificultad respiratoria del adulto, coagulopatías, eventos trombóticos severos, otras  
manifestaciones como eventos respiratorios, gastrointestinales, neurológicos relacionados con el COVID-19 y en general aumento de  
probabilidad de las complicaciones de enfermedades pre existentes, así como las probables secuelas resultantes del padecimiento de la  
enfermedad.

Se me ha explicado que la decisión del regreso a la actividad escolar es totalmente voluntaria, primando mi salud y la de mi entorno familiar.

Certifico que he entendido la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y alternativas de la propuesta para mi retorno escolar.

Como REPRESENTANTE LEGAL de manera consiente, voluntaria, conociendo toda la información, compromisos y responsabilidades asumidas  
en este documento AUTORIZO a la ESTUDIANTE a realizar la actividad escolar dentro de los programas ACADÉMICOS. Libero de  
responsabilidad al COLEGIO HERMANAS MISIONERAS DE SANTA TERESITA - PROVINCIA "LA INMACULADA", ante el evento de ser  
diagnosticada con COVID 19, pues entiendo que su contagio pudo ser en cualquier momento, y en cualquier espacio.

Firmado en \_\_\_\_\_ a los xxx días del mes se \_\_\_\_\_ de 202\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE: \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_

PARENTESCO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA ESTUDIANTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO: \_\_\_\_\_