De conformidad con lo previsto en la “Ley Estatutaria 1581 de 2012”, y sus “Decretos reglamentarios” 1377 de 2013 y 1074 de 2015 capitulo 25; en calidad de representante legal del menor de edad ……………………………………………. con número de identificación ……………….., **autorizo** de manera previa, informada consentida, voluntaria, expresa e inequívoca , que sus datos personales y en especial los datos personales de carácter sensible recolectados en este documento y/o formulario sean incorporados en una base de datos responsabilidad de la **UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA**, para que sean tratados con las siguientes finalidades; generar un vínculo académico institucional con la universidad (matricula), crear un perfil académico, iniciar un historia académica(notas académicas, certificados académicos), pertenecer a los procesos de formación académica ofrecidos por la Universidad académicos, prácticas en formación laboral, biblioteca, becas, relaciones nacionales e internacionales, participación en eventos o concursos (académicos, democráticos, culturales, recreativos, deportivos), congresos y/o seminarios, atención en bienestar universitario; centro médico, emisora, difusión de información a través de los medios de comunicación de la universidad, temas publicitarios, comerciales, investigativos, estadísticos, cuyo tratamiento respetará el interés superior de los niños, niñas y adolescentes y sus derechos fundamentales.

De igual modo, declaro que he sido informado que no me encuentro obligado a autorizar el tratamiento de los datos personales sensibles del menor de edad del que actuo como acudiente responsable y que puedo ejercer los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre los datos personales consignados, mediante escrito dirigido a la **UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA** a la dirección de correo electrónico protecciondedatos@unimilitar.edu.co, indicando en el asunto el derecho que deseo ejercer; o mediante correo ordinario remitido a la dirección, Carrera 11 No 101- 80 en la ciudad de Bogotá D.C. En caso de ser necesaria más información, puede consultarse la página web institucional por medio del siguiente enlace: <https://www.umng.edu.co/transparencia/mecanismo-de-contacto-con-el-sujeto-obligado/protecci%C3%B3n-de-datos-personales>

Autorizó que mis datos personales sean transferidos a terceras entidades tanto nacionales como internacionales con las cuales se tengan convenios y cuyas finalidades sean el intercambio de estudiantes, formación académica y profesional.

Además, soy consciente de que, pese al cumplimiento de todos los protocolos de bioseguridad establecidos por la Universidad Militar Nueva Granada en sus sedes, existe una probabilidad de contagio del COVID 19. Para lo cual, he sido informado previamente sobre las diferentes formas de propagación, los síntomas generales y medidas sanitarias para la prevención del virus, especialmente, establecidas en el documento institucional de “PROTOCOLOS que establecen medidas de bioseguridad para el retorno a las actividades presenciales en la UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA”.

Cabe resaltar que a pesar de que existan pruebas anteriores y que no se presenten síntomas, existe la posibilidad de que el menor de edad sea portador asintomático de la enfermedad y que los riesgos asociados a la exposición de COVID 19 son: fallecimiento, síndrome de dificultad respiratoria, coagulopatías, eventos trombóticos severos, otras manifestaciones como eventos respiratorios, gastrointestinales, neurológicos relacionado con el COVID 19 y en general aumento de probabilidad de las complicaciones de enfermedades preexistentes. Por lo cual, constituye un compromiso permanente informar, de manera oportuna y veraz, la convivencia con población en riesgo, el contacto con persona(s) confirmada(s) o con caso(s) sospechoso(s).

Expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para la reactivación de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor de edad del que actuo como acudiente responsable.

Aceptamos que el lugar y la modalidad de prestación del servicio educativo, atenderá a la normatividad derivada de la Declaratoria de mergencia con ocasión del COVID-19, o de cualquier otro carácter excepcional decretado por el Gobierno Nacional, y en especial por el Ministerio de Educación Nacional y la Secretaría de Educación correspondiente.

Con la suscripción del presente consentimiento informado, acepto de manera voluntaria el retorno a las actividades académicas en el marco de la reapertura gradual, progresiva y segura. Me comprometo a dar cumplimiento a aquellas acciones propias del autocuidado, así como a acatar las restricciones que con posterioridad se fijen como necesarias, por parte de las autoridades pertinentes, para evitar el contagio y propagación del virus. Asi mismo, excluyo de cualquier tipo de responsabilidad civil, contractual, extracontractual, penal, fiscal y/o administrativa relacionada con la Covid-19 a la Universidad Militar Nueva Granada y renunció a cualquier acción o reclamación de daños, perjuicios, costos o gastos con ocasión de ésta.

Atte,

Firma representante legal que autoriza

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*………………………………………*

*Nombre y apellidos*

*CC: ……………. de………………*

*Nombre del menor de edad representado*

……………………………………………….

DIA/MES/AÑO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Fecha en que se puso de presente al titular la autorización y entregó sus datos).

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estudiante del programa de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la Facultad de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, he recibido la información necesaria sobre las medidas comunes de autocuidado para mitigar los riesgos del COVID-19, así como de los Protocolos de bioseguridad establecidos institucionalmente, los cuales comprendo y me comprometo a cumplirlos, por lo cual, considero estar de acuerdo con el consentimiento informado que han otorgado mis padres en mi nombre.

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

Firma del estudiante

Número de documento: ………………………………………..