

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO HENAO Y ARRUBLA  “DIOS, PATRIA Y JUVENTUD”  “Buenos ciudadanos, con calidad humana, autónomos, honestos  y gestores de paz”</p>	<p style="text-align: center;">PROTOSCOLOS DE  BIOSEGURIDAD</p>
--	--	---

**AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES, MADRES Y/O CUIDADORES  
PARA LA REAPERTURA GRADUAL, PROGRESIVA Y SEGURA – GPS  
AÑO 2021**

Nosotros (Yo), \_\_\_\_\_ identificado(a) con documento de identidad No. \_\_\_\_\_ expedido en \_\_\_\_\_, y \_\_\_\_\_ Identificado(a) con documento de identidad No. \_\_\_\_\_ expedido en \_\_\_\_\_, en nuestra (mi) calidad de madre ( ), padre ( ), cuidador(a) ( ) o representante legal del (la) estudiante \_\_\_\_\_

Identificado(a) con número de documento \_\_\_\_\_ expedido en \_\_\_\_\_ y quien cursa el grado \_\_\_\_\_ manifestamos (manifiesto) que hemos (he) recibido información clara y suficiente sobre la participación de los niños, niñas y jóvenes en el marco de la propuesta y el proceso de Reapertura Gradual, Progresiva y Segura - **GPS** de la Institución Educativa.

Luego de haber sido informados (informado) y habiendo resuelto todas las inquietudes relacionadas con los protocolos de bioseguridad, las estrategias de manejo en caso de emergencia y las formas de trabajo pedagógico que serán llevadas a cabo por la Institución Educativa, declaramos (declaro) que:

- Entendemos (Entiendo) que este proceso es voluntario y ha sido concertado con la comunidad educativa.
- Conocemos (Conozco) las medidas de bioseguridad a seguir y las mismas han sido socializadas con nuestro (mi) representado(a).
- Nuestro (Mi) representado(a) no presenta condición de morbilidad que haga parte del sistema de alertas tempranas Covid-19 y que por lo tanto pueda ponerse en riesgo su salud. En caso de cambios en las condiciones de salud de nuestro (mi) representado, deberemos (deberé) informar a la Institución Educativa.
- Entendemos (Entiendo) que el proceso de reapertura GPS podrá sufrir modificaciones de acuerdo con el comportamiento de la pandemia de la COVID-19, con las condiciones del entorno o por decisiones de las autoridades competentes.
- Nuestra corresponsabilidad como familia en el autocuidado para colaborar con el cumplimiento de los protocolos desde casa y propender por el cuidado de toda la comunidad educativa de nuestra Institución Educativa.

Certificamos (Certifico) que, tras evaluar la información suministrada por la Institución Educativa, tenemos (tengo) los elementos necesarios para dar nuestro (mi) consentimiento informado para la asistencia presencial de nuestro (mi) representado (a) en las fechas programadas por la Institución Educativa. Por tal motivo autorizamos la asistencia presencial de nuestro (a) representado (a) en los tiempos de alternancia que la Institución Educativa ha establecido Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Para los efectos legales pertinentes, suscribimos (suscribo) el presente documento de forma consciente y voluntaria, hoy día \_\_\_\_/ mes \_\_\_\_/ año \_\_\_\_\_ en la ciudad de Bogotá, D.C.

Atentamente,

**Firma del padre, madre o cuidador**

Documento de identidad:

Teléfono de contacto:

Dirección:

E-mail: