

**CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLARACIÓN DE APTITUD FÍSICA
PARA LA PRÁCTICA DE ACTIVIDADES FÍSICAS,
RECREATIVAS Y DEPORTIVAS**

Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, en nombre propio (____) y/o como padre (____) o cuidador (____) del menor _____, manifiesto de forma libre y espontánea que conozco y entiendo que cualquier actividad física conlleva tanto beneficios como riesgos, tales como la posibilidad de sufrir lesiones musculares y óseas y en forma ocasional, problemas cardiacos como infartos, arritmias o incluso la muerte súbita.

Igualmente manifiesto que conozco a cabalidad la situación de emergencia sanitaria actualmente existente en el país, como consecuencia de la presencia de la pandemia por COVID19 y la responsabilidad personal que tenemos de respetar y cumplir con el aislamiento selectivo y el distanciamiento individual responsable, ordenados en las normas expedidas por los Gobiernos Nacional y Distrital.

Certifico que yo () y/o mi representado menor de edad (), me (se) encuentro (a) en buen estado de salud y que no presentó(a) ninguna condición de salud que me (le) impida efectuar práctica de actividad física y/o deportiva, en especial que no presento(a) signos o síntomas sospechosos de COVID19, por lo que declaro que me encuentro(a) en adecuada aptitud física para estos efectos. Igualmente que ni yo () ni el menor que represento, he(mos) tenido contacto cercano de algún tipo con persona contagiada confirmada (menor de 2 metros, más de 15 minutos, sin uso tapabocas), en los últimos 14 días.

Igualmente, manifiesto que yo () y/o mi representado menor de edad () NO presento(a) ningún antecedente de enfermedad crónica asociada, tales como, enfermedades cardiovasculares: angina, infarto, falla cardiaca, hipertensión arterial; enfermedades pulmonares: asma, EPOC; obesidad, diabetes mellitus, tabaquismo, cáncer, o cualquier otra enfermedad o condición que genere inmunosupresión. En caso de existencia de alguno de estos antecedentes, la Resolución 1840 de 2020, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, indica que debe existir una certificación médica previa que autorice al deportista a reiniciar su práctica deportiva en entornos distintos al hogar.

Declaro de forma libre y espontánea que, me comprometo a cumplir y/o a hacer que el menor que represento cumpla, con todas las normas de bioseguridad y distanciamiento establecidos para dichas actividades y demás recomendaciones establecidas por Colsubsidio para el adecuado uso de las distintas áreas donde puedo(a) efectuar la práctica de actividad física y/o deportiva, realizando las rutinas básicas recomendadas, evitando actos inadecuados que puedan violar los protocolos de bioseguridad y/o incomodar a los demás usuarios, o contravenir las normas de salud, garantizando en todo momento mi autocuidado y/o el autocuidado del menor que represento. Todo lo anterior, con el fin de reducir al máximo cualquier posible riesgo que afecte la salud individual o colectiva.

Igualmente, manifiesto que conozco que es mi obligación informar inmediatamente al personal de Colsubsidio, sobre la aparición de cualquier signo o síntomas sospechoso de COVID19 (tos seca, fiebre mayor a 38°, estornudos, dolor de garganta, dificultad para respirar, dolor de cabeza, escalofríos, fatiga, malestar general o cualquier otro síntoma sugestivo de Covid19), o cualquier otro síntoma asociado a enfermedades de otro tipo, que considere que pueda afectar la salud individual o colectiva o la ponga en riesgo, los mismos que puedan presentarse antes, durante o inmediatamente después de la participación en cualquiera actividad física y/o deportiva en las instalaciones de Colsubsidio.

Por tanto, declaro que asumo en su totalidad y de forma expresa y espontánea, eximo a Colsubsidio de cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la ocurrencia de cualquier accidente o la aparición de enfermedades o cualquier otra consecuencia, derivadas de la práctica de actividad física y/o deportiva en sus instalaciones.

Colsubsidio no se hace responsable por los accidentes o enfermedades derivados de la omisión de las recomendaciones realizadas para la práctica de la actividad física y/o deportiva en sus instalaciones, responsabilidad que es asumida en su totalidad por el afiliado o usuario.

Autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, identificada con el NIT 860.007.336-1, para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, contenidos en este documento, con las finalidades asociadas a la prestación del servicio de recreación y deportes, especialmente con el fin de cuidar de mi salud, de la salud del menor que represento y en general de la salud de las demás personas con quienes pudiere estar en contacto (cerco epidemiológico).

Por lo anterior, autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contactos, tales como: Número de teléfono móvil, Correo Electrónico, Redes sociales, Dirección de correspondencia, teléfonos fijos, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

La Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, identificada con NIT 860.007.336-1, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por sus afiliados y/o no afiliados en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y el Decreto 1074 del 2015 e informa a éstos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular.

Colsubsidio informa al titular que podrá consultar los términos y condiciones en el link www.colsubsidio.com “Manual de políticas y procedimientos para el tratamiento de datos personales” y elevar cualquier solicitud, petición, queja o reclamo a través de: - Líneas de servicio al cliente Colsubsidio: Línea audioservicios Bogotá 7457900, línea nacional gratuita: 018000 94 7900, página web: www.colsubsidio.com opción servicio al cliente, correo electrónico servicioalcliente@colsubsidio.com o personalmente en cualquiera de los Centros de Servicio Colsubsidio.

NOMBRE CLARO DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL AFILIADO O USUARIO

NOMBRE CLARO Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL MENOR DE EDAD REPRESENTADO

FIRMA DEL AFILIADO O USUARIO MAYOR DE EDAD

DEPORTE o ACTIVIDAD FÍSICA: _____

DIRECCIÓN DE CONTACTO: _____

EMAIL:

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

LUGAR Y FECHA: _____