

<b>PROCESO:</b>	GESTIÓN ACADÉMICA	<b>CÓDIGO</b>	MGA-F02		
		<b>VERSIÓN</b>	1		
<b>FORMATO</b>		<b>PÁGINA</b>	1 de 1		
		<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>	DD	MM	AAAA
<b>COMPROMISO RETORNO PRESENCIALIDAD ACADÉMICA ESTUDIANTES CON COMORBILIDADES ASOCIADAS CON COVID 19</b>			18	09	2020

Mediante el presente documento manifiesto de manera libre y espontánea que he tenido conocimiento del modelo de alternancia desarrollado por la Fundación Universitaria del Área Andina y lo acojo en su integridad. En consecuencia, con ocasión de los lineamientos del Gobierno Nacional, me vinculo de manera activa, consciente e intencionada y me hago partícipe al igual que mi familia, de las acciones que emprenda la Fundación para retornar con seguridad a las actividades académicas. Mi familia y yo, conocemos la obligación de la Fundación de propender por garantizar el derecho a la educación de adolescentes y jóvenes, de manera directa y en coordinación con otras entidades gubernamentales y de control, por lo que, la Fundación procurará las condiciones para el retorno progresivo a la presencialidad bajo el esquema de alternancia, para lo cual podrá combinar estrategias de trabajo académico en casa entre otras actividades que acogeré como medidas protectoras de mi integridad y la de mi entorno familiar.

Manifiesto que, declaré en la encuesta de caracterización realizada por la Fundación para el regreso gradual, progresivo y seguro a actividades académicas presenciales, que he sido diagnosticado por mi médico tratante con una de las enfermedades catalogadas como comorbilidades asociadas a COVID-19. Por lo anterior, mediante el presente documento, bajo la gravedad del juramento que se entiende expresado a través de mi firma, manifiesto que mi patología se encuentra controlada por un médico tratante y personal de salud competente debidamente certificado.

La Fundación me ha recomendado mantenerme en actividades de manera remota como mecanismo de prevención frente al contagio por COVID-19 evitando exponerme al asistir a actividades presenciales; sin embargo, de manera voluntaria, expresa y responsable, en acuerdo previo con mi familia, he decidido de manera unánime asistir presencialmente a las actividades programadas, a pesar de las recomendaciones emitidas por la Fundación Universitaria del Área Andina.

Reconozco y acepto que las obligaciones de la Fundación en cuanto a la implementación de las medidas de bioseguridad son obligaciones de medio, con lo cual, el resultado dependerá de múltiples circunstancias dentro de las cuales se encuentra mi autocuidado. Manifiesto que:

- a. La Fundación Universitaria del Área Andina me ha suministrado información completa, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro acerca de cómo se desarrollará el modelo de alternancia, así como los mecanismos de cuidado y prevención del contagio por Covid-19.
- b. Me comprometo a entregar en el Centro Médico de la Fundación Universitaria del Área Andina, un certificado médico que acredite que la(s) enfermedad(es) catalogada(s) como comorbilidad(es) que padezco, se encuentra(n) controlada(s).
- c. Seguiré fielmente las indicaciones de la Fundación para mi protección y autocuidado, así como las indicaciones emitidas por el médico tratante para el control de mi patología.
- d. Portaré y haré uso racional y adecuado de los elementos de protección personal para el desarrollo seguro de las actividades académicas y prácticas formativas en escenarios intra y extramurales.
- e. He realizado y aprobado el curso de bioseguridad desarrollado por la Fundación para el inicio de actividades académicas.
- f. Cumpliré cuando sea necesario, los requisitos dispuestos por la Fundación en lo referente a vacunación y valoración médica.
- g. Asistiré a las actividades académicas con el uniforme de la Fundación si este aplica para el programa académico que curso, calzado cerrado y con ropa de cambio al inicio y final de cada jornada.
- h. Conozco que las circunstancias y medidas bajo las cuales inicia mi proceso académico, puede ser objeto de modificación, conforme las directrices de prevención que pueda emitir el Gobierno Nacional y las autoridades de control, las cuáles deberán ser acatadas por la Fundación.
- i. Como afiliado al Sistema General de Salud me comprometo a:

- 1. Procurar el cuidado integral de mi salud mediante la implementación de medidas de precaución y reducción de riesgos en los diferentes escenarios de prácticas y actividades académicas.
- 2. Mantener vigente mi afiliación permanente a la EPS. La Fundación en cualquier momento podrá solicitarme dicho soporte de vigencia de mi afiliación y me comprometo a presentarlo en el término establecido por la Fundación, bajo el entendido que la Fundación podrá suspender la actividad académica mientras no presente dicho soporte.
- 3. Cumplir las recomendaciones de prevención que me sean indicadas para desarrollo de actividades académicas.
- 4. Informar a la Fundación la ocurrencia de incidentes, accidentes o alteraciones de salud derivadas del desarrollo de las actividades, en los tiempos y procedimientos establecidos para tal fin.
- 5. Practicar todas las recomendaciones, lineamientos y cuidados enfocados a la prevención del Covid-19, antes, durante y después del desarrollo de mis actividades académicas.

Certifico que el contenido de este consentimiento me ha sido explicado en su totalidad, que lo he leído o me lo han leído y que entiendo perfectamente su contenido.

Atentamente,

Firma del estudiante:  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Tipo de Identificación: \_\_\_\_\_  
No. de Identificación: \_\_\_\_\_

Firma del acudiente:  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Tipo de Identificación: \_\_\_\_\_  
No. de Identificación: \_\_\_\_\_  
Parentesco con el estudiante: \_\_\_\_\_  
Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_