

ANEXO 6. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con mi firma al final de este documento manifiesto que conozco las características de las actividades que se realizarán en desarrollo del proyecto **[Nombre del Proyecto]** a ejecutar por la ENTIDAD/ORGANIZACIÓN **[Nombre de la entidad/organización]** en el marco del Banco de Proyectos de Cooperación para la Libertad Religiosa, las cuales corresponden a: **[Indicación de actividades]**.

En consecuencia, acepto y asumo voluntariamente todos los riesgos asociados con mi participación y/o la de mi representado en la actividad, incluyendo mis / sus propias acciones u omisiones, o de los organizadores, de otros participantes, y espectadores, así como también entiendo y asumo los riesgos relacionados con caídas, lastimaduras, contusiones, cortaduras, enfermedades generales, infecciones, secuelas presentes o futuras derivadas de cualquier incidente que afecten mi salud e integridad física y/o las de mi representado, entre otras razones, producto del contacto con otros participantes, así como el riesgo derivado de los efectos del tiempo y del ambiente, como frío o calor extremos, humedad relativa, tránsito vehicular, condiciones del escenario donde se realiza la actividad y en general todo riesgo, que declaro conocido y valorado por mí.

De igual manera, reconozco y acepto que pueden presentarse eventos de fuerza mayor o caso fortuito durante mi participación en la actividad y/o la de mi representado, los cuales, por su naturaleza imprevisible e irresistible, escapan al control de los organizadores y participantes. Dichos eventos pueden incluir, pero no se limitan a, desastres naturales, emergencias sanitarias, fallos en infraestructuras esenciales, ataques de animales, alteraciones del orden público, asonadas, actos de terrorismo o vandalismo, sedición, revueltas, acciones delincuenciales, muerte súbita, o cualquier otra circunstancia extraordinaria e impredecible que pueda afectar la seguridad y el normal desarrollo de la actividad.

Asimismo, declaro que acepto y consiento la asistencia médica que pueda ser proporcionada por paramédicos, médicos, enfermeros y demás personal de apoyo en caso de accidente o cualquier situación que requiera atención durante la actividad. Reconozco que dicha asistencia tiene carácter primario, temporal y circunstancial, limitada a la estabilización inmediata y primeros auxilios, sin que constituya un tratamiento médico integral ni continuo. Igualmente, entiendo y acepto que el personal que brinde dicha atención no asumirá responsabilidad alguna por los efectos derivados de la asistencia proporcionada, en la medida en que esta se presta de buena fe y conforme a las circunstancias del evento. Así mismo, exonero expresamente a los organizadores y al equipo médico de cualquier responsabilidad civil, administrativa o penal derivada de la atención recibida, salvo en casos de dolo o negligencia grave debidamente comprobados.

Por lo anterior, exonero de toda responsabilidad a la Subdirección de Asuntos de Libertad Religiosa y de Conciencia, así como a sus funcionarios y contratistas, aliados, patrocinadores y/o representantes, de todo reclamo o responsabilidad contractual y/o extracontractual derivada de mi participación en esta actividad y/o la de mi representado.

Declaro también que yo y/o mi representado me/se encuentro (a) en condiciones médicas,

psicológicas y físicas aptas para asistir y participar en la actividad, sin que existan impedimentos que comprometan nuestra seguridad o la de terceros y me comprometo a informar de manera oportuna, veraz y completa al personal organizador sobre cualquier condición de salud preexistente, así como cualquier situación sobrevenida que pudiera afectar mi estado de salud o el de mi representado durante el desarrollo de la actividad.

Finalmente certifico que cuento con afiliación activa y vigente en una Entidad Promotora de Salud (EPS), garantizando de esta manera el acceso a los servicios médicos en caso de requerirse asistencia adicional fuera del ámbito de la actividad.

Se firma en _____, a los _____ días del mes de _____ de 2025

DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre completo: _____

Tipo de identificación: _____

Número de identificación: _____

EPS: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Teléfono de contacto en caso de emergencia: _____

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (SI APLICA)

*Nombre completo: _____

*Tipo de identificación: _____

*Número de identificación: _____

*Parentesco: _____

Firma del representante legal: _____