ALCALDÍA LOCAL DE CHAPINERO CONSENTIMIENTO INFORMADO ACCIONES TERRITORIALES EN SALUD MENTAL PROYECTO 2543

Yo _____ mayor de edad, identificado con documento _____ No. _____ de _____, en calidad de acudiente responsable del menor de edad y/o persona con discapacidad que responde al nombre de _____, con identificación número _____, con domicilio en Bogotá, en la localidad de _____ Dirección _____ No. de celular _____ Correo electrónico _____

Autorizamos expresamente la participación del menor de edad y/o persona con discapacidad en las actividades que se desarrollarán dentro del marco de las acciones en territorio del proyecto 2543 de Salud Mental de acuerdo con la ley 1581 de 2012.

Declaro que:

1. Hemos sido invitados a participar en las acciones territoriales en salud mental de manera voluntaria.
2. Se nos informó que las acciones que se realizan tienen como único fin promover el cuidado de la salud mental.
3. No tenemos ninguna duda sobre la participación, por lo que estamos de acuerdo en ser parte de este grupo.
4. Autorizamos expresamente al Fondo de Desarrollo Local de Chapinero para que se utilice mi información personal y la del menor de edad y/o persona con discapacidad, así como las grabaciones de audio, video o imágenes que se generen en el marco de las actividades que se desarrollen en el proyecto de Salud Mental.
5. Declaramos que conocemos y aceptamos la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales del Fondo de Desarrollo Local de Chapinero, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable, reconocemos y aceptamos que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de los datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante el Fondo de Desarrollo Local de Chapinero – Oficina de Atención al Ciudadano.
6. Manifestamos que con los datos proporcionados tenemos el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos.
7. De igual manera entendemos que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional del Fondo de Desarrollo Local de Chapinero.
8. Hemos leído y entendido este formato de consentimiento informado o el mismo se nos ha leído y explicado.

En constancia se firma el presente consentimiento de manera libre y espontánea como acudiente responsable del menor de edad y/o persona con discapacidad a los ___ días del mes de _____ 2026.

Firma del Apoyo o Representante Legal: _____

No. de Identificación: _____

Firma o Huella persona con discapacidad: _____

No. de Identificación: _____

Asentimiento del menor de edad marque con una **X de acuerdo a si quiere participar o no en el grupo de Salud Mental de forma voluntaria.**



_____

Acepto la Participación Voluntaria



_____

No Aceptó la Participación Voluntaria