

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE DOCENTES

Institución Educativa/ Sindicato: \_\_\_\_\_

Código DANE: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Persona Evaluada: \_\_\_\_\_ CC/CE: \_\_\_\_\_

Cargo de la persona Evaluada:  Rector o director rural,  Coordinador,  Docente Tutor programa PTA,  Docente Orientador o  Directivo Sindical

Yo \_\_\_\_\_, mayor de edad, docente de la institución educativa \_\_\_\_\_, he sido informado acerca de la grabación del video de práctica educativa, el cual se requiere para que el(la) \_\_\_\_\_ (cargo de la persona evaluada) participe en la Evaluación de Carácter Diagnóstico Formativo (ECDF) que realiza el Ministerio de Educación Nacional.

Luego de haber sido informado(a) sobre las condiciones de mi participación en la grabación, resuelto todas las inquietudes y comprendido en su totalidad la información sobre esta actividad, entiendo que:

- Mi participación en este video o los resultados obtenidos por la persona evaluada en la ECDF no tendrán repercusiones o consecuencias en el desarrollo de mis actividades laborales.
- Mi participación en el video no generará ningún gasto, ni recibiré remuneración alguna por ella.
- No habrá ninguna sanción para mí en caso de que no esté de acuerdo en participar.
- Mi identidad no será publicada y las imágenes y sonidos registrados durante la grabación se utilizarán únicamente para los propósitos de la ECDF y como evidencia de la práctica educativa de la persona evaluada.  
Las entidades a cargo de realizar la ECDF y la persona evaluada garantizarán la protección de mis imágenes y el uso de las mismas, de acuerdo con la normatividad vigente, durante y posteriormente al proceso de evaluación que realiza el Ministerio de Educación Nacional.

Atendiendo a la normatividad vigente sobre consentimientos informados (Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2012), y de forma consciente y voluntaria

DOY EL CONSENTIMIENTO

NO DOY EL CONSENTIMIENTO

para que mi participación en la actividad de práctica educativa (reunión, sesión de trabajo situado, taller de formación, etc.) sea grabada en las instalaciones de la Institución Educativa donde laboro (o de la sede del sindicato al que pertenezco).

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL DOCENTE  
CC/CE: