| CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO<br>Personería Jurídica: Resol. 062 de 2012 – Mininterior NIT.: 900.978.316-4 | CONTRATO 1471 DE 2023 | MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL |
|---|---|---|

# FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN

**Autorización - Uso imagen del titular:**

Yo, KYARA GERALDINE CHICA MONSALVE, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.052.092.794, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, autorizo libre, expresa e inequívocamente al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** para captar y divulgar:

**Marque con una X,** la casilla del producto a realizar:

| **AUTORIZACIÓN** | FOTOS | X | AUDIOS | X | VIDEOS | X |
|---|---|---|---|---|---|---|

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del adulto mencionado anteriormente según corresponda.

2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer promoción del desarrollo de las **Asambleas Territoriales,** en el marco de la Consulta Previa del Proyecto de la Reforma a la Salud con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en los 32 departamentos del país y grupos poblacionales con enfoque diferencial.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

**Suscriben:**

Firma: Kyara Chica R.

Nombre: KYARA GERALDINE CHICA MONSALVE

Teléfono de contacto: 3015825498

Fecha: 10 y 11 DICIEMBRE 2023

Departamento: ATLÁNTICO

+2

| CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO<br>*Personería Jurídica. Resol. 062 de 2013 – Mineducación NIT.: 900.578.316-4* | **CONTRATO 1471 DE 2023** | MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL |
|---|---|---|

# FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN

**Autorización - Uso imagen del titular:**

Yo, ALVARO JAIR LOPEZ DE LAS SALAS, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 72.218.344, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, autorizo libre, expresa e inequívocamente al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** para captar y divulgar:

**Marque con una X,** la casilla del producto a realizar:

| **AUTORIZACIÓN** | FOTOS | X | AUDIOS | X | VIDEOS | X |
|---|---|---|---|---|---|---|

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del adulto mencionado anteriormente según corresponda.

2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer promoción del desarrollo de las **Asambleas Territoriales,** en el marco de la Consulta Previa del Proyecto de la Reforma a la Salud con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en los 32 departamentos del país y grupos poblacionales con enfoque diferencial.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

**Suscriben:**

Firma: Alvaro J. Lpez.

Nombre: ALVARO JAIR LOPEZ DE LAS SALAS

Teléfono de contacto: 3007410104

Fecha: 10 y 11 DICIEMBRE 2023

Departamento: ATLÁNTICO

| CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO<br>Personería Jurídica: Resol. 062 de 2013 – Ministerio NIT.: 900.978.316-4 | CONTRATO 1471 DE 2023 | MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL |
|---|---|---|

# FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN

**Autorización - Uso imagen del titular:**

Yo, GERALDINE DANIELA PLATA RODRIGUEZ, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.045.761.267, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, autorizo libre, expresa e inequívocamente al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** para captar y divulgar:

**Marque con una X,** la casilla del producto a realizar:

| **AUTORIZACIÓN** | FOTOS | X | AUDIOS | X | VIDEOS | X |
|---|---|---|---|---|---|---|

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del adulto mencionado anteriormente según corresponda.

2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer promoción del desarrollo de las **Asambleas Territoriales,** en el marco de la Consulta Previa del Proyecto de la Reforma a la Salud con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en los 32 departamentos del país y grupos poblacionales con enfoque diferencial.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

**Suscriben:**

Firma: Geraldine PLATA

Nombre: GERALDINE DANIELA PLATA RODRIGUEZ

Teléfono de contacto: 3015433051

Fecha: 10 y 11 DICIEMBRE 2023

Departamento: ATLÁNTICO

| CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO<br>Personería Jurídica: Resol. 062 de 2012 – Mandalore NIT.: 900.578.316-4 | CONTRATO 1471 DE 2023 | MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL |
|---|---|---|

# FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN

**Autorización - Uso imagen del titular:**

Yo, ANYI PAOLA HIDALGO ALVEAR, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.042.242.500, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, autorizo libre, expresa e inequívocamente al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** para captar y divulgar:

**Marque con una X,** la casilla del producto a realizar:

| **AUTORIZACIÓN** | FOTOS | X | AUDIOS | X | VIDEOS | X |
|---|---|---|---|---|---|---|

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del adulto mencionado anteriormente según corresponda.

2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer promoción del desarrollo de las **Asambleas Territoriales,** en el marco de la Consulta Previa del Proyecto de la Reforma a la Salud con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en los 32 departamentos del país y grupos poblacionales con enfoque diferencial.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

**Suscriben:**

Firma: Angie Hidalgo

Nombre: ANYI PAOLA HIDALGO ALVEAR

Teléfono de contacto: 3023748004

Fecha: 10 y 11 DICIEMBRE 2023

Departamento: ATLÁNTICO

| CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO<br>Personería Jurídica: Resol. 062 de 2013 – Ministerio NIT: 900.978.316-4 | CONTRATO 1471 DE 2023 | MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL |
|---|---|---|

# FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN

**Autorización - Uso imagen del titular:**

Yo, ALEJANDRA BRICEÑO BROWN, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.001.994.494, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, autorizo libre, expresa e inequívocamente al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** para captar y divulgar:

**Marque con una X,** la casilla del producto a realizar:

| **AUTORIZACIÓN** | FOTOS | X | AUDIOS | X | VIDEOS | X |
|---|---|---|---|---|---|---|

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del adulto mencionado anteriormente según corresponda.

2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer promoción del desarrollo de las **Asambleas Territoriales,** en el marco de la Consulta Previa del Proyecto de la Reforma a la Salud con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en los 32 departamentos del país y grupos poblacionales con enfoque diferencial.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

**Suscriben:**

Firma: Alejandra Briceño Brown.

Nombre: ALEJANDRA BRICEÑO BROWN

Teléfono de contacto: 3003518318

Fecha: 10 y 11 DICIEMBRE 2023

Departamento: ATLÁNTICO

#6

| CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO<br>Personería Jurídica: Resol. 062 de 2013 – Mininterior NIT.: 900.978.316-4 | CONTRATO 1471 DE 2023 | MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL |
|---|---|---|

# FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN

**Autorización - Uso imagen del titular:**

Yo, VERONICA AGUAS OTERO, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.045.722.474, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, autorizo libre, expresa e inequívocamente al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** para captar y divulgar:

**Marque con una X,** la casilla del producto a realizar:

| **AUTORIZACIÓN** | FOTOS | X | AUDIOS | X | VIDEOS | X |
|---|---|---|---|---|---|---|

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del adulto mencionado anteriormente según corresponda.

2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer promoción del desarrollo de las **Asambleas Territoriales,** en el marco de la Consulta Previa del Proyecto de la Reforma a la Salud con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en los 32 departamentos del país y grupos poblacionales con enfoque diferencial.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

**Suscriben:**

Firma: Veronica Aguas O.

Nombre: VERONICA AGUAS OTERO

Teléfono de contacto: 3004966968

Fecha: 10 y 11 DICIEMBRE 2023

Departamento: ATLÁNTICO

# FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN

**Autorización - Uso imagen del titular:**

Yo, MARIA JOSE ESTRADA MARQUEZ, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.045.730.466, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, autorizo libre, expresa e inequívocamente al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** para captar y divulgar:

**Marque con una X,** la casilla del producto a realizar:

| **AUTORIZACIÓN** | FOTOS | X | AUDIOS | X | VIDEOS | X |
|---|---|---|---|---|---|---|

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del adulto mencionado anteriormente según corresponda.

2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer promoción del desarrollo de las **Asambleas Territoriales,** en el marco de la Consulta Previa del Proyecto de la Reforma a la Salud con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en los 32 departamentos del país y grupos poblacionales con enfoque diferencial.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

**Suscriben:**

Firma: María Estrada M.

Nombre: MARIA JOSE ESTRADA MARQUEZ

Teléfono de contacto: 3004585385

Fecha: 10 y 11 DICIEMBRE 2023

Departamento: ATLANTICO

# FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN

**Autorización - Uso imagen del titular:**

Yo, JOSE DAVID PAREDES PERTUZ, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 72.251.537, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, autorizo libre, expresa e inequívocamente al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** para captar y divulgar:

**Marque con una X,** la casilla del producto a realizar:

| **AUTORIZACIÓN** | FOTOS | X | AUDIOS | X | VIDEOS | X |
|---|---|---|---|---|---|---|

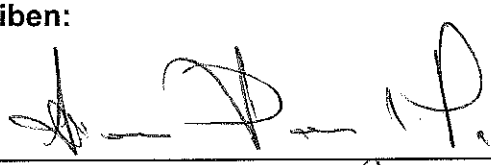
La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del adulto mencionado anteriormente según corresponda.

2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer promoción del desarrollo de las **Asambleas Territoriales,** en el marco de la Consulta Previa del Proyecto de la Reforma a la Salud con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en los 32 departamentos del país y grupos poblacionales con enfoque diferencial.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

**Suscriben:**

Firma: 

Nombre: JOSE DAVID PAREDES PERTUZ

Teléfono de contacto: 3148710553

Fecha: 10 y 11 DICIEMBRE 2023

Departamento: ATLÁNTICO

| CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO<br>Personería Jurídica. Resol. 062 de 2013 – Mintrerior NIT.: 900.578.316-4 | CONTRATO 1471 DE 2023 | MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL |
|---|---|---|

# FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN

**Autorización - Uso imagen del titular:**

Yo, MILLI JOHANNA PADILLA REYES, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.140.820.578, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, autorizo libre, expresa e inequívocamente al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** para captar y divulgar:

**Marque con una X,** la casilla del producto a realizar:

| **AUTORIZACIÓN** | FOTOS | X | AUDIOS | X | VIDEOS | X |
|---|---|---|---|---|---|---|

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del adulto mencionado anteriormente según corresponda.

2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer promoción del desarrollo de las **Asambleas Territoriales,** en el marco de la Consulta Previa del Proyecto de la Reforma a la Salud con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en los 32 departamentos del país y grupos poblacionales con enfoque diferencial.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

**Suscriben:**

Firma: Milli Padilla R.

Nombre: MILLI JOHANNA PADILLA REYES

Teléfono de contacto: 3008613230

Fecha: 10 y 11 DICIEMBRE 2023

Departamento: ATLÁNTICO

+10

| CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO<br>*Personería Jurídica: Resol. 052 de 2013 – Ministerio NIT.: 900.976.316-4* | **CONTRATO 1471 DE 2023** | MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL |
|---|---|---|

# FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN

**Autorización - Uso imagen del titular:**

Yo, VIVIANA ESTHER OJEDA DE LA CRUZ, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 55.224.299, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, autorizo libre, expresa e inequívocamente al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** para captar y divulgar:

**Marque con una X,** la casilla del producto a realizar:

| **AUTORIZACIÓN** | FOTOS | X | AUDIOS | X | VIDEOS | X |
|---|---|---|---|---|---|---|

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del adulto mencionado anteriormente según corresponda.

2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer promoción del desarrollo de las **Asambleas Territoriales,** en el marco de la Consulta Previa del Proyecto de la Reforma a la Salud con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en los 32 departamentos del país y grupos poblacionales con enfoque diferencial.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

**Suscriben:**

Firma: Viviana Ojeda.

Nombre: VIVIANA ESTHER OJEDA DELA CRUZ

Teléfono de contacto: 3014017851

Fecha: 10 y 11 DICIEMBRE 2023

Departamento: ATLANTICO

| CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO<br>Personería Jurídica. Resol. 062 de 2013 – Ministerio NIT.: 900.578.516-4 | CONTRATO 1471 DE 2023 | MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL |
|---|---|---|

# FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN

**Autorización - Uso imagen del titular:**

Yo, JORGE ELIECER RUIZ CASTRO, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 8.775.856, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, autorizo libre, expresa e inequívocamente al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** para captar y divulgar:

**Marque con una X,** la casilla del producto a realizar:

| **AUTORIZACIÓN** | FOTOS | X | AUDIOS | X | VIDEOS | X |
|---|---|---|---|---|---|---|

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del adulto mencionado anteriormente según corresponda.

2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer promoción del desarrollo de las **Asambleas Territoriales,** en el marco de la Consulta Previa del Proyecto de la Reforma a la Salud con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en los 32 departamentos del país y grupos poblacionales con enfoque diferencial.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

**Suscriben:**

Firma: Jorge Ruiz

Nombre: JORGE ELIECER RUIZ CASTRO

Teléfono de contacto: 3177842639

Fecha: 10 y 11 DICIEMBRE 2023

Departamento: ATLANTICO

+12

| CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO<br>*Personería Jurídica: Resol. 062 de 2013 – Mediante NIT.: 900.878.516-4* | **CONTRATO 1471 DE 2023** | MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL |
|---|---|---|

# FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN

**Autorización - Uso imagen del titular:**

Yo, ANDREA PAOLA HERRERA HERRERA, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.045.741.745, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, autorizo libre, expresa e inequívocamente al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** para captar y divulgar:

**Marque con una X,** la casilla del producto a realizar:

| **AUTORIZACIÓN** | FOTOS | X | AUDIOS | X | VIDEOS | X |
|---|---|---|---|---|---|---|

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del adulto mencionado anteriormente según corresponda.

2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer promoción del desarrollo de las **Asambleas Territoriales,** en el marco de la Consulta Previa del Proyecto de la Reforma a la Salud con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en los 32 departamentos del país y grupos poblacionales con enfoque diferencial.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

**Suscriben:**

Firma: Andrea Herrera.

Nombre: ANDREA PAOLA HERRERA HERRERA

Teléfono de contacto: 3015491841

Fecha: 10 y 11 DICIEMBRE 2023

Departamento: ATLÁNTICO

| CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO<br>Personería Jurídica: Resol. 062 de 2013 – Mineducación NIT.: 900.578.316-4 | CONTRATO 1471 DE 2023 | MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL |
|---|---|---|

# FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN

**Autorización - Uso imagen del titular:**

Yo, JHON JANER PEREZ NUÑEZ, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.193.547.016, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, autorizo libre, expresa e inequívocamente al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** para captar y divulgar:

**Marque con una X,** la casilla del producto a realizar:

| **AUTORIZACIÓN** | FOTOS | X | AUDIOS | X | VIDEOS | X |
|---|---|---|---|---|---|---|

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del adulto mencionado anteriormente según corresponda.

2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer promoción del desarrollo de las **Asambleas Territoriales,** en el marco de la Consulta Previa del Proyecto de la Reforma a la Salud con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en los 32 departamentos del país y grupos poblacionales con enfoque diferencial.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

**Suscriben:**

Firma: _____

Nombre: JHON JANER PEREZ NUÑEZ

Teléfono de contacto: 3013976717

Fecha: 10 y 11 DICIEMBRE 2023

Departamento: ATLANTICO

| CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO<br>Personería Jurídica: Resol. 062 de 2013 – Mandeiria NIT.: 900.878.516-4 | CONTRATO 1471 DE 2023 | MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL |
|---|---|---|

# FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN

**Autorización - Uso imagen del titular:**

Yo, DAIDYS CAROLINA MEZA RICARDO, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.010.093.595 _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, autorizo libre, expresa e inequívocamente al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** para captar y divulgar:

**Marque con una X,** la casilla del producto a realizar:

| **AUTORIZACIÓN** | FOTOS | X | AUDIOS | X | VIDEOS | X |
|---|---|---|---|---|---|---|

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del adulto mencionado anteriormente según corresponda.

2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer promoción del desarrollo de las **Asambleas Territoriales,** en el marco de la Consulta Previa del Proyecto de la Reforma a la Salud con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en los 32 departamentos del país y grupos poblacionales con enfoque diferencial.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

**Suscriben:**

Firma: 

Nombre: DAIDYS CAROLINA MEZA RICARDO

Teléfono de contacto: 3013260828

Fecha: 10 y 11 DICIEMBRE 2023

Departamento: ATLÁNTICO

#1

| CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO<br>Personería Jurídica: Resol. 002 de 2013 – Mindeinterior NIT.: 900.978.516-4 | CONTRATO 1471 DE 2023 | MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL |
|---|---|---|

# FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN

**Autorización - Uso imagen del titular:**

Yo, DIANA PAOLA COTES LAGUNA, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.143.255.602, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, autorizo libre, expresa e inequívocamente al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** para captar y divulgar:

**Marque con una X,** la casilla del producto a realizar:

| **AUTORIZACIÓN** | FOTOS | X | AUDIOS | X | VIDEOS | X |
|---|---|---|---|---|---|---|

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del adulto mencionado anteriormente según corresponda.

2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer promoción del desarrollo de las **Asambleas Territoriales,** en el marco de la Consulta Previa del Proyecto de la Reforma a la Salud con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en los 32 departamentos del país y grupos poblacionales con enfoque diferencial.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

**Suscriben:**

Firma: Diana Cotes L.

Nombre: DIANA PAOLA COTES LAGUNA

Teléfono de contacto: 3052764711

Fecha: 10 y 11 DICIEMBRE 2023

Departamento: ATLÁNTICO

| CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO<br>Personería Jurídica: Resol. 062 de 2013 – Ministerio NIT.: 900.978.316-4 | CONTRATO 1471 DE 2023 | MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL |
|---|---|---|

# FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN

**Autorización - Uso imagen del titular:**

Yo, LIBAN ALBERTO MARTINEZ REYES, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.001.912.682, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, autorizo libre, expresa e inequívocamente al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** para captar y divulgar:

**Marque con una X,** la casilla del producto a realizar:

| **AUTORIZACIÓN** | FOTOS | X | AUDIOS | X | VIDEOS | X |
|---|---|---|---|---|---|---|

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del adulto mencionado anteriormente según corresponda.

2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer promoción del desarrollo de las **Asambleas Territoriales,** en el marco de la Consulta Previa del Proyecto de la Reforma a la Salud con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en los 32 departamentos del país y grupos poblacionales con enfoque diferencial.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

**Suscriben:**

Firma: Liban Martinez

Nombre: LIBAN ALBERTO MARTINEZ REYES

Teléfono de contacto: 3105482944

Fecha: 10 y 11 DICIEMBRE 2023

Departamento: ATLÁNTICO

#19.

| CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO<br>Personería Jurídica: Resol. 082 de 2013 – Ministerio NIT: 900.978.516-4 | CONTRATO 1471 DE 2023 | MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL |
|---|---|---|

# FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN

**Autorización - Uso imagen del titular:**

Yo, DANNYLETH PAOLA VALDES CASSERES, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.143.268.507, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, autorizo libre, expresa e inequívocamente al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** para captar y divulgar:

**Marque con una X,** la casilla del producto a realizar:

| **AUTORIZACIÓN** | FOTOS | X | AUDIOS | X | VIDEOS | X |
|---|---|---|---|---|---|---|

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del adulto mencionado anteriormente según corresponda.

2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer promoción del desarrollo de las **Asambleas Territoriales,** en el marco de la Consulta Previa del Proyecto de la Reforma a la Salud con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en los 32 departamentos del país y grupos poblacionales con enfoque diferencial.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

**Suscriben:**

Firma: _____

Nombre: DANNYLETH PAOLA VALDES CASSERES

Teléfono de contacto: 3044082539

Fecha: 10 y 11 DICIEMBRE 2023

Departamento: ATLÁNTICO

418

| CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO<br>Personería Jurídica: Resol. 062 de 2013 – Ministerio NIT.: 900.578.316-4 | CONTRATO 1471 DE 2023 | MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL |
|---|---|---|

# FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN

**Autorización - Uso imagen del titular:**

Yo, LIZ VANESSA DE MOYA SANDOVAL, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.045.696.659, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, autorizo libre, expresa e inequívocamente al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** para captar y divulgar:

**Marque con una X,** la casilla del producto a realizar:

| **AUTORIZACIÓN** | FOTOS | X | AUDIOS | X | VIDEOS | X |
|---|---|---|---|---|---|---|

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del adulto mencionado anteriormente según corresponda.

2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer promoción del desarrollo de las **Asambleas Territoriales,** en el marco de la Consulta Previa del Proyecto de la Reforma a la Salud con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en los 32 departamentos del país y grupos poblacionales con enfoque diferencial.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

**Suscriben:**

Firma: Liz De Moya.

Nombre: LIZ VANESSA DE MOYA SANDOVAL

Teléfono de contacto: 3004018823

Fecha: 10 y 11 DICIEMBRE 2023

Departamento: ATLANTICO

# FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN

**Autorización - Uso imagen del titular:**

Yo, JOSE ALFREDO HERAZO CASIANI, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 8.700.543, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, autorizo libre, expresa e inequívocamente al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** para captar y divulgar:

**Marque con una X,** la casilla del producto a realizar:

| **AUTORIZACIÓN** | FOTOS | X | AUDIOS | X | VIDEOS | X |
|---|---|---|---|---|---|---|

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del adulto mencionado anteriormente según corresponda.

2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer promoción del desarrollo de las **Asambleas Territoriales,** en el marco de la Consulta Previa del Proyecto de la Reforma a la Salud con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en los 32 departamentos del país y grupos poblacionales con enfoque diferencial.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere al ***CONSEJO COMUNITARIO DE LOS CORREGIMIENTOS DE SAN ANTONIO Y EL CASTILLO*** o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

**Suscriben:**

Firma: _____

Nombre: JOSE ALFREDO HERAZO CASIANI

Teléfono de contacto: 3244953400 - 3236065720

Fecha: 10 y 11 DICIEMBRE 2023

Departamento: ATLÁNTICO