| | | |
|---|---|---|
| Territorial<br>Dirección Territorial de Salud de Caldas | **DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS**<br>**SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**<br>Proceso Gestión de Comunicación con el Cliente<br>Procedimiento Comunicaciones Institucionales<br>**Autorización para el Uso de Fotografías y/o Material Audiovisual** | Versión: 01<br>Código: F006-P01-GCC<br>Fecha: 2020-04-14 |

## AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FOTOGRAFÍAS Y/O MATERIAL AUDIOVISUAL

Yo, Jose Farney León con cédula de ciudadanía Nº 75050560 otorgó a la Dirección Territorial de Salud de Caldas con Nit 800114312-5, el derecho absoluto y la autorización para usar mi (s) fotografía (s) y/o material audiovisual, para fines publicitarios de servicios o campañas de la Dirección Territorial de Salud de Caldas de carácter interno o externo. Comprendo que las fotografías o material audiovisual pueden ser utilizados en una publicación, anuncio impreso, componente de correo directo, medios electrónicos, valla, pendón u otro elemento de proyección utilizado por la entidad (ejemplo: videos, material multimedia, redes sociales, portal web, banners electrónicos, entre otros), o cualquier tipo de publicación para promover los servicios o campañas de la Dirección Territorial de Salud de Caldas. Reconozco el derecho de la Dirección Territorial de Salud de Caldas y la autorizó para recortar, alterar, transformar, modificar, suprimir y editar la fotografía y/o material audiovisual de cualquier manera a discreción exclusiva suya. También reconozco que las Dirección Territorial de Salud de Caldas podría decidir no usar el material audiovisual por el momento, pero podría hacerlo a potestad exclusiva suya en cualquier fecha futura. Convengo en que cederé derecho a un tercero sobre este material. Así mismo declaro que no tengo derecho a recibir compensación ni reconocimiento alguno de cualquier tipo, en relación con el uso que la Dirección Territorial de Salud de Caldas le haga de las fotografías y/o material audiovisual. Por lo anterior eximo de responsabilidades a la Dirección Territorial de Salud de Caldas, a funcionarios o demás personas designadas y convengo en no demandar a los anteriores por ninguna reclamación, responsabilidad, lesión o pérdida en relación con dicho uso. Soy mayor de 18 años de edad y comprendo el contenido de este documento de autorización.

Nombre del mayor de edad: Jose Farney León.

Documento de identidad: 75050560.

Nombre del Tutor o Representante Legal: _____

Documento de identidad: _____

Firma: Farney León

Dirección: Calle 12 H 7-31 B/ obrero.

Teléfono: _____ Celular: 3145443272.

Correo electrónico: _____

Ciudad y Fecha: Aguadas Caldas 10-05-2025.

| Territorial | DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS<br>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD<br>Proceso Gestión de Comunicación con el Cliente<br>Procedimiento Comunicaciones Institucionales<br>**Autorización para el Uso de Fotografías y/o Material Audiovisual** | Versión: 01<br>Código: F006-P01-GCC<br>Fecha: 2020-04-14 |
|---|---|---|

## AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FOTOGRAFÍAS Y/O MATERIAL AUDIOVISUAL

Yo, Luz Enith Jaramillo Londoño con cédula de ciudadanía Nº 24369649 otorgó a la Dirección Territorial de Salud de Caldas con Nit 800114312-5, el derecho absoluto y la autorización para usar mi (s) fotografía (s) y/o material audiovisual, para fines publicitarios de servicios o campañas de la Dirección Territorial de Salud de Caldas de carácter interno o externo. Comprendo que las fotografías o material audiovisual pueden ser utilizados en una publicación, anuncio impreso, componente de correo directo, medios electrónicos, valla, pendón u otro elemento de proyección utilizado por la entidad (ejemplo: videos, material multimedia, redes sociales, portal web, banners electrónicos, entre otros), o cualquier tipo de publicación para promover los servicios o campañas de la Dirección Territorial de Salud de Caldas. Reconozco el derecho de la Dirección Territorial de Salud de Caldas y la autorizó para recortar, alterar, transformar, modificar, suprimir y editar la fotografía y/o material audiovisual de cualquier manera a discreción exclusiva suya. También reconozco que las Dirección Territorial de Salud de Caldas podría decidir no usar el material audiovisual por el momento, pero podría hacerlo a potestad exclusiva suya en cualquier fecha futura. Convengo en que cederé derecho a un tercero sobre este material. Así mismo declaro que no tengo derecho a recibir compensación ni reconocimiento alguno de cualquier tipo, en relación con el uso que la Dirección Territorial de Salud de Caldas le haga de las fotografías y/o material audiovisual. Por lo anterior eximo de responsabilidades a la Dirección Territorial de Salud de Caldas, a funcionarios o demás personas designadas y convengo en no demandar a los anteriores por ninguna reclamación, responsabilidad, lesión o pérdida en relación con dicho uso. Soy mayor de 18 años de edad y comprendo el contenido de este documento de autorización.

Nombre del mayor de edad: Luz enith jaramillo londoño

Documento de identidad: 24369649

Nombre del Tutor o Representante Legal: _____

Documento de identidad: _____

Firma: Luz Enith Jaramillo Londoño

Dirección: Calle 6 # 2-11. Sector comando.

Teléfono: _____ Celular: 3135192298.

Correo electrónico: _____

Ciudad y Fecha: Aguadas caldas - 10-05-2025

| | | |
|---|---|---|
| Territorial<br>Dirección Territorial de Salud de Caldas | **DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS**<br>**SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**<br>Proceso Gestión de Comunicación con el Cliente<br>Procedimiento Comunicaciones Institucionales<br>**Autorización para el Uso de Fotografías y/o Material Audiovisual** | Versión: 01<br>Código: F006-P01-GCC<br>Fecha: 2020-04-14 |

## AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FOTOGRAFÍAS Y/O MATERIAL AUDIOVISUAL

Yo, Noibato Castro Arias. con cédula de ciudadanía Nº 75050728 otorgó a la Dirección Territorial de Salud de Caldas con Nit 800114312-5, el derecho absoluto y la autorización para usar mi (s) fotografía (s) y/o material audiovisual, para fines publicitarios de servicios o campañas de la Dirección Territorial de Salud de Caldas de carácter interno o externo. Comprendo que las fotografías o material audiovisual pueden ser utilizados en una publicación, anuncio impreso, componente de correo directo, medios electrónicos, valla, pendón u otro elemento de proyección utilizado por la entidad (ejemplo: videos, material multimedia, redes sociales, portal web, banners electrónicos, entre otros), o cualquier tipo de publicación para promover los servicios o campañas de la Dirección Territorial de Salud de Caldas. Reconozco el derecho de la Dirección Territorial de Salud de Caldas y la autorizó para recortar, alterar, transformar, modificar, suprimir y editar la fotografía y/o material audiovisual de cualquier manera a discreción exclusiva suya. También reconozco que las Dirección Territorial de Salud de Caldas podría decidir no usar el material audiovisual por el momento, pero podría hacerlo a potestad exclusiva suya en cualquier fecha futura. Convengo en que cederé derecho a un tercero sobre este material. Así mismo declaro que no tengo derecho a recibir compensación ni reconocimiento alguno de cualquier tipo, en relación con el uso que la Dirección Territorial de Salud de Caldas le haga de las fotografías y/o material audiovisual. Por lo anterior eximo de responsabilidades a la Dirección Territorial de Salud de Caldas, a funcionarios o demás personas designadas y convengo en no demandar a los anteriores por ninguna reclamación, responsabilidad, lesión o pérdida en relación con dicho uso. Soy mayor de 18 años de edad y comprendo el contenido de este documento de autorización.

Nombre del mayor de edad: Noibato Castro Arias.

Documento de identidad: 75050728.

Nombre del Tutor o Representante Legal: _____

Documento de identidad: _____

Firma: Noibato Castro A

Dirección: Barrio la cuchilla.

Teléfono: _____ Celular: 3122913068.

Correo electrónico: _____

Ciudad y Fecha: Aguadas caldas 10-05-2025.