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

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FOTOGRAFÍAS Y/O MATERIAL AUDIOVISUAL

Yo, Virgelina Flores Aguirre. con cédula de ciudadanía Nº 24360656. 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, matèrial 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: Virgelina Flores Aguirre.

Documento de identidad: 24360656.

Nombre del Tutor o Representante Legal: _____

Documento de identidad: _____

Firma: Virgelina Flores

Dirección: Vereda el eden.

Teléfono: _____ Celular: 3103865977.

Correo electrónico: _____

Ciudad y Fecha: Aguadas caldas 21-05-2025.

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

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FOTOGRAFÍAS Y/O MATERIAL AUDIOVISUAL

Yo, Oscar Alberto salazar. con cédula de ciudadanía Nº 7504752. 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: Oscar alberto salazar.

Documento de identidad: 7504752.

Nombre del Tutor o Representante Legal: _____

Documento de identidad: _____

Firma: Oscar A Salazar C.

Dirección: Vereda el edén Finca el bosque.

Teléfono: _____ Celular: 3182507505.

Correo electrónico: _____

Ciudad y Fecha: Aguadas caldas 21 - Mayo - 2025.

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

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FOTOGRAFÍAS Y/O MATERIAL AUDIOVISUAL

Yo, Yaina Sujey Arenas Orrego. con cédula de ciudadanía Nº 1053792087 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: Yaina Sujey Arenas Orrego

Documento de identidad: 1053792087.

Nombre del Tutor o Representante Legal: _____

Documento de identidad: _____

Firma: Yaina Sujey Arenas Orrego

Dirección: Vereda el edén - Finca la lucha

Teléfono: _____ Celular: 3128923401

Correo electrónico: _____

Ciudad y Fecha: Aguadas caldas. - 21 Mayo - 2021.