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, Yesenia Maria Valle Moreno. con cédula de ciudadanía Nº 1035580579 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: Yesenia Maria Valle Moreno.

Documento de identidad: 1035580579.

Nombre del Tutor o Representante Legal: _____

Documento de identidad: _____

Firma: Yesenia Maria Valle Moreno

Dirección: Vereda. Encimadas - Finca la Media luna.

Teléfono: _____ Celular: 3113297821.

Correo electrónico: _____

Ciudad y Fecha: Aguadas caldas 22 - Mayo - 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, Valentina Montes Arias con cédula de ciudadanía Nº 1053832581 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: Valentina Montes Arias

Documento de identidad: 1053832581

Nombre del Tutor o Representante Legal: _____

Documento de identidad: _____

Firma: Valentina Montes Arias

Dirección: Vereda enamorados. Finca la bodega

Teléfono: _____ Celular: 3137015159

Correo electrónico: _____

Ciudad y Fecha: Aguadas caldas – 22 Mayo- 2020.

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, luz adriana ortiz Montes. con cédula de ciudadanía Nº 1055835518. 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 adriana ortiz Montes

Documento de identidad: 1055835518.

Nombre del Tutor o Representante Legal: _____

Documento de identidad: _____

Firma: Luz Adriana ortiz

Dirección: Vereda encimadas Finca yucatan.

Teléfono: _____ Celular: 3018203776.

Correo electrónico: _____

Ciudad y Fecha: Aguadas caldas. 22 Mayo - 2025