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, Marinoyi Obando con cédula de ciudadanía Nº 33940166 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: Marinoyi Obando

Documento de identidad: 33940166

Nombre del Tutor o Representante Legal: _____

Documento de identidad: _____

Firma: Marinoyi Obando O.

Dirección: Vereda la Miranda

Teléfono: 3114168437 Celular: 3114168437

Correo electrónico: No tiene

Ciudad y Fecha: Risaralda, Caldas 21 Junio de 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, Rafael Gonzalez Correa con cédula de ciudadanía Nº 9920004 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: Rafael Gonzalez Correa

Documento de identidad: 9920004

Nombre del Tutor o Representante Legal: _____

Documento de identidad: _____

Firma: RHFAEL GONZALES

Dirección: Vereda la Miranda

Teléfono: 3137700236 Celular: 3137700236

Correo electrónico: No tiene

Ciudad y Fecha: Risaralda, Caldas 21 Junio de 2025