

	NOMBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE DERECHOS DE IMAGEN OTORGADO A SOCIMÉDICOS S.A.S		CÓDIGO 12-FT-028
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO APOYO	VERSIÓN 001

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE DERECHOS DE IMAGEN OTORGADO A SOCIMÉDICOS S.A.S

_____, mayor de edad, identificado/(a) con la cédula de ciudadanía No. _____ de _____, mediante el presente documento autorizo libre, inequívoca y voluntariamente a **SOCIMÉDICOS S.A.S.** para captar y divulgar: fotos _____, audios _____, y/o videos _____.

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios 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 fines estrictamente informativos, de prevención y/o promoción.

Manifiesto que como titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.ipsclinciasanrafael.com/aviso-de-privacidad/, así mismo, fui informado de los derechos con los que cuento, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ser ejercidas antes **SOCIMÉDICOS S.A.S.**

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciera **SOCIMÉDICOS S.A.S.** o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Esta autorización se registrá por la legislación vigente, principalmente la Ley 1581 de 2012.

Para constancia se firma a los ____ días del mes de _____ de _____.

Nombre:

CC No.

Teléfono:

Correo electrónico: