AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN Y VOZ E INTERVENCION DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD AL INTERIOR DE LA INSTITUCION EDUCATIVA FEDERICO SIERRA ARANGO

1. DATOS DEL TITULAR

Código SIGAAV: _____

Nombre completo

No. Documento de id. | **Expedido en** | **Consentimiento Informado otorgado a Alcaldía de Bello y la institución educativa Federico Sierra Arango**

2. AUTORIZACIÓN Y TÉRMINOS

Autorizo a la Alcaldía de Bello, Antioquia, y a la institución educativa Federico Sierra Arango para captar, almacenar, producir, editar, publicar y divulgar mi imagen y voz y la intervención de los profesionales de la salud al interior de la institución, exclusivamente para fines institucionales, de salud, informativos, educativos, pedagógicos, de rendición de cuentas y difusión de gestión pública, bajo las siguientes condiciones:

- Difusión por canales electrónicos, digitales y redes sociales institucionales (Facebook, Instagram, YouTube, X) de forma directa o mediante terceros.
- Sin ánimo de lucro; no será usado con fines comerciales. La Alcaldía de Bello y la institución educativa Federico Sierra Arango, queda exenta de responsabilidades derivadas de esta actividad.
- Sin límite geográfico ni temporal; válido en territorio nacional e internacional por tiempo ilimitado, salvo revocación expresa.
- No implica pago en dinero ni especie. La entidad tiene licencia para usar, copiar, distribuir y crear obras derivadas sin derecho a retribución.
- Renuncia al derecho de inspeccionar o aprobar los materiales una vez otorgado este consentimiento.
- No implica cesión de derechos morales, los cuales son irrenunciables e inalienables (art. 6 Bis Convenio de Berna; art. 30 Ley 23/1982; art. 11 Decisión Andina 351/1993).
- Autorizo el tratamiento de datos personales conforme a la política publicada en www.bello.gov.co.
- Revocación mediante PQRS en www.bello.gov.co

3. FIRMA DEL TITULAR

Dado en Bello, Antioquia, a los:

DÍA	MES	AÑO

Firma | **Nombre completo** | **No. Documento Id.**

4. CONSENTIMIENTO PARA MENORES DE EDAD (*Completar únicamente si el titular es menor de 18 años.*)

Nombre del acudiente | **No Documento Id.** | **Expedido en** | **Parentesco**

☐ Padre ☐ Madre ☐ Tutor(a) legal ☐ Representante legal

Nombre del niño, niña o adolescente | **NUIP**

Firma del acudiente | **Nombre del acudiente** | **No Documento Id.**

5. DILIGENCIADO POR LA ENTIDAD (*A ser completado exclusivamente por el funcionario responsable. El código SIGAAV es asignado internamente por el sistema)*

Nombre del funcionario | **Cargo** | **Fecha de archivo** | **Firma del funcionario**

6. CONTROL Y TRAZABILIDAD

Nombre del archivo audiovisual | **Cod. SIGAAV** | **Dependencia Generadora** | **Lugar**

Funcionario y/o contratista responsable | **Ubicación documental**