

**FORMATO**

**AUTORIZACIÓN  
CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA LA FIJACIÓN DE IMAGEN,  
GRABACIÓN EN VIDEO, AUDIO, TOMAS  
FOTOGRAFICAS, Y ENTREVISTAS GRABADAS**

y **Centro Oncológico Antioquia**

**DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA, LEY 23 DE 1982, LEY  
44 DE 1993, DECRETO 1474 DE 2002 Y DEMÁS NORMAS CONCORDANTES**

**LUGAR Y FECHA:** Envigado, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**NOMBRE**

**TIPO DE DOCUMENTO IDENTIDAD Y**

**NUMERO**

**No. HISTORIA CLÍNICA (Si aplica)**

**DIRECCIÓN**

**TELÉFONO**

**EMAIL**

El abajo suscrito, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, en uso de mis facultades legales y de manera libre, voluntaria, espontánea, sin constreñimiento o vicio del consentimiento alguno **AUTORIZO Y CONSIENTO LA CAPTURA Y FIJACIÓN DE MI IMAGEN PERSONAL** a **CENTRO ONCOLÓGICO ANTIOQUIA S.A.S.** a través de la toma de fotografías, audio, video a través de los medios tecnológicos disponibles; sea en el momento previo a la consulta clínica o médica de la cual soy paciente o acompañante, durante o posterior a la misma o en otro ámbito institucional; realizada por profesionales pertenecientes a **CENTRO ONCOLÓGICO ANTIOQUIA S.A.S.** o por quien sea delegado por ella, de conformidad con la ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993 y demás disposiciones que regulan la materia.

Autorizo para que la captura y fijación de mi imagen tenga, entre otras finalidades, la producción, creación o realización de una obra artística y/o literaria, el estudio científico, cultural, comercial, y en general para la publicación, fijación, captura, edición, reproducción, transmisión, retransmisión, presentación y utilización de mi historia e imagen en cualquier obra literaria o artística destinada a la enseñanza, academia divulgación y promoción de productos y procedimientos clínicos y/u hospitalarios u otros servicios que **CENTRO ONCOLÓGICO ANTIOQUIA S.A.S.** ofrezca al público general; atendiendo las siguientes consideraciones:

1. Entiendo y acepto que mi participación en la producción de la obra artística o literaria desarrollada por **CENTRO ONCOLÓGICO ANTIOQUIA S.A.S.** se limita exclusivamente a la autorización de captura y fijación de mi imagen.
2. Entiendo y acepto la utilización de mi imagen para la producción de una obra artística o literaria por parte de **CENTRO ONCOLÓGICO ANTIOQUIA S.A.S.**

**AUTORIZACIÓN  
CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA LA FIJACIÓN DE IMAGEN,  
GRABACIÓN EN VIDEO, AUDIO, TOMAS  
FOTOGRAFICAS, Y ENTREVISTAS GRABADAS**

3. Entiendo y acepto que CENTRO ONCOLÓGICO ANTIOQUIA S.A.S. es la única titular de los derechos morales y patrimoniales de la obra artística y/o literaria que resulte de la utilización de mi imagen.
4. Entiendo y acepto que, aunque no tengo participación alguna en la producción de la obra artística o literaria resultante, cedo a título gratuito los eventuales derechos patrimoniales que pudieran llegarse a derivar a mi favor en el futuro como producto de la utilización de mi imagen en dicha obra. Los derechos de que se hablan en el presente numeral, incluyen los derechos de transformación, reproducción, comunicación pública, transmisión, retransmisión, publicación, comercialización y distribución, y son otorgados sin ninguna limitación en cuanto a territorio se refiere.
5. Se me ha explicado amplia y suficientemente y he comprendido satisfactoriamente el alcance de la cesión de los derechos patrimoniales asociados a mi imagen y la forma en que se utilizará éste y demás material fotográfico, literario, cinematográfico o cualquier obra científica o artística que resulte de este procedimiento.
6. Que, los derechos sobre la obra en cuestión en cuanto a mi imagen se refieren y su utilización por parte de CENTRO ONCOLÓGICO ANTIOQUIA S.A.S. (vídeo, fotografías, audio y demás anteriormente señalados) no han sido cedidos con antelación y que sobre ellos no pesa ningún gravamen ni limitación en su uso o utilización.

En consecuencia, de lo anterior, ratifico que autorizo y consiento la captura, fijación y utilización de mi imagen con las finalidades anteriormente establecidas y cedo los eventuales derechos patrimoniales que se generen de la realización y producción de la obra artística o literaria que resulte y declaro que no reclamaré ningún derecho ni remuneración económica ni contraprestación de ningún tipo por dicha obra.

Igualmente, autorizo a CENTRO ONCOLÓGICO ANTIOQUIA S.A.S. para que pueda ceder los derechos de uso de todas las imágenes, videos y audio o parte de los mismos, en las que intervengo como entrevistado/actor/modelo o en las que he autorizado la captura, fijación y/o utilización de mi imagen personal sin ser estas denominaciones taxativas, a terceras personas naturales o jurídicas a las que el CENTRO ONCOLÓGICO ANTIOQUIA S.A.S. considere pertinente, ya sea con fines culturales, científicos, comerciales y en general con cualquier fin y bajo título oneroso o gratuito.

De esa forma, podrá CENTRO ONCOLÓGICO ANTIOQUIA S.A.S. o terceros autorizados por éste, utilizar todas las imágenes, videos y audio o parte de los mismos, en las que aparezco como entrevistado/actor/modelo, sin ser estas denominaciones taxativas:

- ⊗ En todos los países del mundo sin limitación geográfica de ninguna clase.

**AUTORIZACIÓN  
CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA LA FIJACIÓN DE IMAGEN,  
GRABACIÓN EN VIDEO, AUDIO, TOMAS  
FOTOGRAFICAS, Y ENTREVISTAS GRABADAS**

- ⌘ En su totalidad, utilizando los medios técnicos conocidos en la actualidad y los que pudieran desarrollarse en el futuro y para cualquier aplicación.
- ⌘ Por un plazo de tiempo ilimitado.

Lo anteriormente señalado y todo lo concerniente al desarrollo del procedimiento grabación, toma de fotografía y/o video y demás medios tecnológicos disponibles en el futuro, con ocasión de mi historia e imagen, no corresponde en ningún momento a una violación del derecho a la intimidad ni hace parte de mi órbita reservada como individuo; por el contrario, los comentarios, manifestaciones, experiencias relatadas e imágenes que se señalan en el procedimiento señalado y demás material generado, son de carácter público en los términos de la ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993 y pueden ser utilizados en los términos aquí definidos, conforme con la autorización que expresamente he otorgado.

Firma:

\_\_\_\_\_

Nombre Completo:

\_\_\_\_\_

Tipo y Número de Documento identidad:

\_\_\_\_\_

Fecha (DD/MM/AAAA):

Firma:

\_\_\_\_\_

Nombre Completo:

\_\_\_\_\_

Tipo y Número de Documento identidad:

\_\_\_\_\_

Fecha (DD/MM/AAAA):

\_\_\_\_\_

**FORMATO**

**AUTORIZACIÓN  
 y  
 CONSENTIMIENTO INFORMADO  
 PARA LA FIJACIÓN DE IMAGEN,  
 GRABACIÓN EN VIDEO, AUDIO, TOMAS  
 FOTOGRÁFICAS, Y ENTREVISTAS GRABADAS**

**Centro Oncológico Antioquia****CONTROL DE CAMBIOS:**

Versión	Fecha (Día/mes/año)	Descripción	Puntos de cambio
0	03/05/2023	Creación del documento	No aplica

**CUADRO DE APROBACIÓN:**

	ELABORÓ REDACTÓ	O	REVISÓ	APROBÓ
<b>FECHA</b> (Día/mes/año)	18/03/2023		10/04/2023 03/05/2023	03/05/2023
<b>CARGO</b>	Dirección Jurídica Corporativa Quirónsalud		Oficial de riesgos Dirección de calidad	Gerente General
<b>NOMBRE</b>	Dirección Jurídica Corporativa Quirónsalud		Diana Cristina Agudelo Henao Liliana María Mesa Flórez	Vadin Ángel Ramírez Agudelo
<b>FIRMA</b>	Dirección Jurídica Corporativa Quirónsalud		 	