**Autorización para uso y divulgación de imagen con fines publicitarios**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ciudadano (a) colombiano (a) identificado (a) con la cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, me permito por medio de la presente:

**Autorizar**:

A la IPS TERAPIAS INTEGRALES DOMICILIARIAS S.A.S., identificada con el NIT 900.453.180 – 6, para que realice las siguientes acciones:

a. Fotografíe ( ) Filme ( ) Grabe ( ) el procedimiento de salud y / o mi testimonio sobre el mismo, que me fue prestado por dicha IPS.

b. Con el producto de lo autorizado en el literal (a.) autorizo para que se realicen piezas gráficas, sonoras, video-gráficas o literarias, con fines de estudio clínico para que sean divulgadas en su página de internet (<http://www.ipstid.com/)> perfil de Facebook ([facebook.com/ipstid](https://www.facebook.com/ipstid)) o Instagram ([instagram.com/ipstid](https://www.instagram.com/ipstid/)) así como en otros medios publicitarios que dicha IPS considere.

c. Autorizo a que dicho manejo de mi imagen incluya la información sobre el procedimiento de salud realizado.

c. Renuncio a cualquier remuneración económica derivada del uso de mi imagen.

**Del mismo modo declaro conocer:**

a. Que no estoy obligado a dar esta autorización.

b. Que en cualquier momento puedo revocar esta autorización para que en el futuro no se reproduzcan las piezas publicitarias con mi imagen o información.

En constancia, firmo a los \_\_\_\_\_\_ días, del mes de \_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre:  
Cédula de ciudadanía: