

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y/O DIVULGACIÓN DE FOTOGRAFÍAS Y VIDEOS



****Nombre: **** _____

Por medio del presente documento, otorgo mi consentimiento y autorización a la Sociedad Colombiana de Pediatría (SCP) para la toma de fotografías y/o videos durante mi participación en eventos, actividades académicas, asistenciales, científicas o de cualquier otra índole organizada o avalada por la SCP. El término “fotografía” incluye video o imagen fija, en formato digital o de otro tipo, y cualquier otro medio de registro o reproducción.

PROPÓSITO:

Autorizo el uso o la divulgación de las fotografías y/o videos para fines de:

- Difusión institucional de la SCP.
- Comunicación en medios impresos, digitales, redes sociales, páginas web y plataformas de la SCP.
- Actividades educativas, científicas, investigativas, académicas o de actualización profesional.
- Campañas de salud pública, relaciones públicas y mercadeo institucional.

Renuncio expresamente a cualquier derecho de compensación económica o de otra naturaleza derivada del uso autorizado de estas imágenes, y exonero a la SCP, sus representantes, empleados, contratistas, aliados institucionales y sucesores de cualquier responsabilidad frente a reclamaciones por el uso autorizado de dichas imágenes.

VIGENCIA:

Esta autorización tendrá una duración de diez (10) años contados a partir de la fecha de firma. En caso de revocación anticipada, esta deberá solicitarse por escrito o mediante correo electrónico dirigido a la SCP, aplicando únicamente para usos posteriores a dicha revocación, sin afectar material ya publicado o divulgado.

DERECHOS DEL AUTORIZANTE:

1. Puedo solicitar que se suspenda la toma de fotografías o grabaciones en cualquier momento.
2. Puedo revocar esta autorización hasta una fecha razonable antes del uso de la fotografía o video autorizado, mediante comunicación escrita o correo electrónico dirigido a _____ la _____ SCP.
3. Tengo derecho a solicitar copia de este documento y de las imágenes que autorice.
4. Mi negativa a firmar esta autorización no afectará mi participación en actividades de la SCP.
5. Entiendo que no recibiré compensación económica por el uso autorizado de las imágenes.
6. Acepto que el material previamente divulgado no podrá ser retirado de medios impresos, digitales o redes sociales.

Firma: _____ C.C.: _____
Firma: _____ (Representante legal/Cónyuge/Responsable)
C.C.: _____
Relación con el participante: _____

Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: ____ AM / PM