

AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL USO, REPRODUCCIÓN, DIVULGACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE IMAGEN PERSONAL DE MENOR DE EDAD CAPTADA EN FOTOGRAFÍAS O EN CUALQUIERA OTRO MEDIO¹

Yo, _____ identificado con cédula de ciudadanía No. _____ obrando en nombre y representación del menor de edad, _____, del que soy representante legal, por medio del presente documento y a través de mi rúbrica en el mismo, expreso y consiento en lo siguiente:

1. COMFAMA, me ha informado de su interés en la toma de fotografías y /o video, en las cuales ha sido grabada la imagen de mi hijo (a) o representado (a).
2. En consecuencia, autorizo de manera expresa y de forma gratuita a COMFAMA, para que use la imagen de mi hijo contenida en las fotografías y/o en cualquiera otro medio utilizado por COMFAMA, bien sea en medio físico, digital o virtual para la promoción de sus actividades comerciales, de promoción social, actividades dirigidas a comunicar sus eventos y en todo caso, actividades relacionadas directa o indirectamente con su objeto social como lo son las educativas, culturales, recreativas, entre otras.
3. Que así mismo autorizo de manera expresa a COMFAMA para que la imagen de mi hijo pueda ser reproducida, divulgada y distribuida en medios impresos (revistas, folletos, afiches, volantes, etc.), así como a través de Internet y de los portales web de COMFAMA o de terceros por ésta autorizados, tanto en Colombia como en cualquier otro lugar del mundo. Esta autorización incluye el uso en publicidad que pueda contener marcas de terceros o en canales de distribución de terceros, siempre que tales acciones estén directa o indirectamente relacionadas con alguna de las actividades en desarrollo del objeto social de COMFAMA.
4. Que comprendo que, por tratarse de datos especialmente protegidos, es mi decisión otorgar o no la autorización para su tratamiento y que en cualquier momento puedo revocar esta autorización. Entiendo que las imágenes que ya se hayan publicado no pueden ser fácilmente retiradas del medio y, por lo tanto, la revocatoria de la autorización solo tiene efectos a partir del momento en el que le comunique a COMFAMA dicha decisión².

Recomendaciones:

¹ El documento puede ser firmado por los padres, representante legal, curador o tutor. En algunas ocasiones los colegios cuentan con autorización de los padres y los profesores podrán dar la autorización. En este caso se debe solicitar la autorización al colegio.

² Es importante explicarle a la persona que, si bien se puede retirar la autorización en cualquier momento, revocar esta autorización podría causarle perjuicios a COMFAMA dada la posibilidad de que ya se haya contratado material publicitario, o se haya desarrollado creaciones alrededor de los productos que se pretenden promocionar y que incluyen la imagen autorizada.

5. Que los datos personales podrán ser tratados en sistemas informáticos propios de COMFAMA bajo las medidas de seguridad que le sean aplicables, con estricto seguimiento de medidas de seguridad que impidan un uso no autorizado por terceros, y que también podrán ser tratados en sistemas informáticos de terceros encargados ubicados en otros países bajo la dirección y auditoría de COMFAMA.

6. Que fui informado que respecto del uso de la imagen para efectos publicitarios o de comunicación de servicios de COMFAMA no se causan honorarios ni pago alguno por ningún concepto a mi favor ni a favor de mi hijo.

Por parte de COMFAMA se informa que la imagen en tanto constituya un dato personal, será tratado de conformidad con la autorización antes expresada y conforme a la Política de Privacidad que puede ser consultada en <https://www.comfama.com/webinicio/HabeasData.htm> y Norma de Protección de Datos Personales adoptada por la COMFAMA.

Para el ejercicio del Habeas Data, el titular del dato personal o quien demuestre un legítimo interés conforme lo señalado en la normatividad vigente, podrá hacerlo a través del siguiente correo electrónico: ProteccionDatosPersonales@comfama.com.co. Quien ejerza el habeas data deberá suministrar con precisión los datos de contacto solicitados para efecto de tramitar, atender y responder su solicitud y desplegar las cargas para el ejercicio de sus derechos.

Fecha y lugar: ____/____/2025, Medellín.

Firma de la persona

Actúa en representación legal del menor: _____

Firma del responsable en COMFAMA:

FORMATO DE AUTORIZACIÓN SALIDA TEATRO METROPOLITANO EN EL MARCO DEL PROGRAMA INSPIRACIÓN COMFAMA 2025

Esta salida pedagógica tiene como propósito brindar un escenario de aprendizaje a los y las estudiantes de **I.E La Salle de Campoamor** en un espacio donde ellos y ellas tendrán la oportunidad de compartir, realizar intercambios culturales, muestras artísticas y vivir diferentes experiencias pedagógicas que se tendrán para los niños y las niñas participantes del programa. En este sentido, es importante resaltar que el **evento no tendrá ningún costo para los estudiantes o sus familias**, puesto que Comfama correrá con todos los gastos asociados.

Lugar: Teatro Metropolitano. Fecha: 17 julio de 2025

Nota: La hora de recogida a los estudiantes en la institución será informada previamente por parte del mentor o mentora. Tener presente que el evento inicia el **17 julio** a las **8:30 am** y **termina a las 10:30 am**.

Yo _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía número _____ en mi condición de representante legal del menor _____ identificado(a) con documento número _____, lo autorizo para que participe de la **salida Inspiración Comfama** en su modalidad presencial extramural a realizarse en el Teatro Metropolitano.

Por lo anterior, solicitamos diligenciar los datos que aparecen a continuación para autorizar la participación de su hijo(a) en esta experiencia y que usted, como padre de familia, está dispuesto a asumir todas las responsabilidades que ello implica:

1. Hemos dialogado con nuestro hijo(a) acerca de la salida pedagógica **CREAR CON EL CORAZÓN**, Inspiración Comfama y hemos resuelto todas las dudas al respecto.
2. A continuación, especificamos la entidad que le presta servicios de **salud y urgencias**, como POS, EPS, SISBEN, Medicina Prepagada, etc. y certificamos que se encuentra debidamente habilitada para su uso:
Mi hijo(a) está afiliado a la EPS/SISBEN: _____.
3. A continuación, indicamos que nuestro hijo(a) está siendo sometido(a) a algún tipo de tratamiento médico de cualquier tipo y si requiere suministro permanente o regular de alguna medicina. NO: _____ Sí: _____ ¿Cuáles?: _____.

Horario de medicamento(s): _____ Dosis: _____

4. A continuación, indicamos que nuestro hijo(a) sufre de algún tipo de enfermedad/alergia que requiere suministro permanente de alguna medicina; asimismo certificamos que tal enfermedad no es impedimento para participar de la salida pedagógica **CREAR CON EL CORAZÓN**.

Cuáles: _____.

Horario de medicamento(s): _____ Dosis: _____

Nota: Si su hijo(a) está enfermo absténgase de enviarlo a la salida, así mismo para quienes estén bajo tratamiento recuerden empacar los medicamentos necesarios.

En cualquier caso, como responsables legales, asumimos toda responsabilidad que derive de lo anteriormente relacionado.

Con la suscripción de este documento reconozco que estoy emitiendo la autorización ya indicada

Nombre de acudiente: _____ **Firma:** _____

Cédula de Ciudadanía: _____ **Numero de contacto** _____ **Fecha:** ____/____/2025

Nota: El porte de celulares o computadores portátiles queda bajo la responsabilidad de cada participante, Comfama no asumirá costos por pérdidas o daños de estos dispositivos o de cualquier otro tipo de implemento.

comfama